

RESUMEN

Objetivo: Determinar la eficacia de una intervención educativa-comunicacional en cuidadores de niños, niñas y adolescentes con Dermatitis Atópica, que acuden al Centro de la Piel (CEPI).

Tipo de estudio: investigación-acción bajo un modelo de educación en salud participativo y capacitador.

Metodología: Se realizaron 4 talleres educativos dirigidos a cuidadores de menores de 19 años con Dermatitis Atópica. Cada sesión duraba 3 horas, donde a través de técnicas de aprendizaje significativo para adultos (charlas, grupos de discusión, entrenamiento y juegos) y material didáctico diseñado y creado para este fin (el niño esponja y su oasis, las tarjetas relámpago, la muñeca y su canasta de multiproductos, el tríptico: todo sobre la Dermatitis Atópica), se les capacitó en: fisiopatología básica de la atopia, aplicación rutinaria de cremas humectantes, uso de jabones neutros, detección oportuna de lesiones infecciosas, uso de remedios caseros, manejo de corticoides tópicos y signos de alarma. Para valorar la eficacia de la intervención, se obtuvo la información bajo dos perspectivas cualitativa y cuantitativa. Cualitativa: mediante la "hoja de problemas", el juego "mar de palabras" sobre el uso de remedios caseros, grabaciones auditivas durante el taller y dibujos realizados por los pacientes una semana después de que sus padres asistieran a la sesión. Cuantitativa: se les tomó una evaluación práctica con una muñeca que simulaba lesiones de atopia versus infecciosas y se les pidió que respondan una encuesta denominada PASECI modificada, antes y una semana después del taller.

Resultados: Acudieron 50 cuidadores de 26 pacientes, con un promedio 12 participantes por taller. El 76% de los participantes fueron mujeres, donde las madres fueron el principal cuidador (46%). El rango de edad más frecuente fue de 29 a 38 años (38%). Asistieron más

padres cuyos hijos eran preescolares (30,80%) y escolares)26,90%). *Resultados Cualitativos:* de los 121 problemas encontrados, el más prevalente fue el prurito (13,22%), seguido por la alteración del estado de ánimo del paciente (9,92%) y la "mediquitis" (7,44%). El 73% de los cuidadores usaron talco caliente, agua de manzanilla o aceite en las lesiones de sus hijos y el resto agentes desinfectantes como alcohol, agua oxigenada, merthiolate y yodo, solo el 6% reafirmó su uso en heridas más no en la atopía. La temática más comentada por los cuidadores fue la gran carga emocional que padecen, encontrándose que la Dermatitis Atópica genera crisis familiares de tipo no normativas y de pérdida. Asimismo, apelan a malas experiencias con otros médicos y a la falta de información sobre atopía. Todos los dibujos mostraron aplicación de medidas de autocuidado adecuadas. *Resultados cuantitativos:* se comprobó la eficacia de la intervención educativa-comunicacional con una alta significancia ($p=0,000$). En todas las preguntas de la encuesta hubo cambios, cuyo resultado global indicó antes del taller un puntaje de 258,08/400 y una semana después fue de 331,44/400. El promedio de la evaluación práctica con la muñeca fue de 18,8/20.

Conclusiones: Una intervención educativa-comunicacional mejora los conocimientos de los cuidadores sobre Dermatitis Atópica, cambian ciertas conductas y mejora su manejo.

Palabras Clave: Dermatitis Atópica, intervención educativa, Escuela de la Atopía, educación en salud, padres, cuidadores.

ABSTRACT

Objective: to assess the effectiveness of educational and communicational interventions directed toward the parents/caregivers in changing outcomes for children with atopic dermatitis at "El Centro de la Piel (CEPI)

Type of study: Action- investigation, within a teaching and cooperative model of health education.

Methodology: Four educational workshops were directed toward parent/caregivers of children under 19 years old with Atopic Dermatitis. Each session lasted 2 hours each and covered basic pathophysiology of atopy, routine application of moisturizers, mild soaps use, detection of infectious lesions, use of home remedies, management of topical corticosteroids and warning signs. Adults learning techniques were implemented such as lectures, discussion groups, training and games . In addition, educational material was designed and created for this purpose like "the sponge child and its oasis ", "flash cards", "the doll and its multiproduct basket" and an informative pamphlet "All About Atopic Dermatitis". In order too assess the effectiveness of the intervention; the data was obtained under two perspectives: qualitative and quantitative. In the case of qualitative data, many approaches were taking: a "problem fact sheet ," the game "sea of words" related to home remedies, audio recordings during the workshops and drawings made by patients one week after their parents attended the session. On the other hand, quantitative data was obtained with a doll that simulated lesions of atopy versus infectious and answers of a survey (modified PASECI) before and one week after the workshop.

Results: The total sample size was 50 caregivers of 26 patients, with at least 12 participants per workshop. Seventy six percentage (76%) of the participants were women, being the mothers, the primary caregiver (46%). The majority of the participants belonged to the age

range between 29-38 years (38%). Pre-school (30.80%) and scholar (26.0%) parents showed the highest participation *Qualitative Results:* Our analyses identified 121 problems. The most prevalent drawback was the itching (13.22%), followed by patient's mood disorders (9.92%) and frequent medical consultations (7.44%). In the case of home remedies, 73% of caregivers have used hot baby powder, chamomile infusion or baby oil into their children's eczemas and other disinfecting agents such as alcohol, hydrogen peroxide, merthiolate and iodine. Only 6% reaffirmed its use in wounds not at atopy. The most frequently recalled topic by caregivers was the emotional aspect of this disease, seen as a family crisis. Also, bad medical experiences and the lack of information were catalogued as important issues. In relation to the kid's drawings, all of them showed application of appropriate self-care measures after the workshop. *Quantitative results:* The effectiveness of this educational- communicative intervention proved high statistical significance ($p = 0.000$). All survey answers showed variation after the workshops. The overall result according to modified PASECI scale was 258.08 / 400 before the workshop and a week later was 331.44 / 400. The average doll practical assessment was 18.8 / 20.

Conclusions: An educational intervention improves communication skills for caregivers on Atopic Dermatitis, change certain behaviors and improves self-efficacy.

Keywords: Atopic Dermatitis, educational interventions, Atopy School, health education, parents, caregivers.

CAPÍTULO 1:

INTRODUCCIÓN

La Dermatitis Atópica es un trastorno cutáneo crónico inflamatorio de origen multifactorial, muy prevalente en la infancia que afecta tanto al individuo que la padece como a su familia. (Redondo, 2004)

Esta enfermedad demanda por parte de los padres: un seguimiento diario en la práctica de medidas de autocuidado, como el uso de emolientes y humectantes, ropa de algodón, baños cortos, jabones neutros o sustitutos del jabón y durante los brotes que van acompañados de privación del sueño, la aplicación de distintos tratamientos tópicos y sistémicos, todos indicados por el médico. Los cuidadores, por tanto, pueden presentar problemas al manejar la Dermatitis Atópica de sus hijos o familiares. (Amy E Mitchell & Fraser, 2011)

Además, el desconocimiento de los padres sobre las características, origen y desencadenantes de la Dermatitis Atópica, puede llevar al mal uso de remedios caseros; a la automedicación con corticoides tópicos combinados y a la utilización de agentes desinfectantes como: alcohol, mentol, agua oxigenada y yodo, que pueden agravar las lesiones de un paciente atópico. (Inoue, Motoyoshi, Fukutomi, Utsumi, & Kondo, 1998)

La eficacia de un tratamiento en un infante o adolescente con Dermatitis Atópica, se logra siempre que sus padres o cuidadores comprendan la enfermedad y sientan autoconfianza en la aplicación de las diferentes medidas terapéuticas impartidas en un principio por el médico. Objetivo que se cumple si existe una educación en Dermatitis Atópica para padres adecuada. (Amy Elizabeth Mitchell, 2011)

Al ser los padres y cuidadores las herramientas más importantes en el manejo de la Dermatitis Atópica de sus hijos/as, he decidido trabajar con ellos, a través de una intervención educativa- comunicacional, que busca incrementar sus conocimientos sobre Dermatitis

Atópica, cambiar ciertas creencias y capacitarlos en la aplicación de medidas de autocuidado y en el uso de ciertos tratamientos tópicos.

CAPÍTULO 2:

MARCO TEÓRICO

2.1. DERMATITIS ATÓPICA

2.1.1.HISTORIA

El origen semántico y morfológico de la Dermatitis Atópica es tan antiguo como la misma ciencia médica. "Eczema" proviene del verbo griego "Εκζεμα" cuya transcripción al alfabeto español sería "ekzeo", que significa "hervir" o "hacer hervir".(García, 1989)

Hipócrates (460 a.C) uso el término "Exanthemata", para referirse de forma general a enfermedades de la piel, pero fue Aecio de Amido (543, dC) quién la usó para referirse a erupciones cutáneas vesiculosas.(Neumann, 1880)

A partir del s. XVIII hasta el s. XIX surgen tres escuelas: francesa, inglesa y alemana. M. Bazin (francés 1875) clasifica al "Eczema" como una afección general producto de una causa externa, provocada directa o por causa interna de tipo: escrofuloso, artrítico, herpético y sifilítico. (Neumann, 1880)

William y Bateman (ingleses 1813), fueron quienes establecieron el concepto y definición de "Eczema" tal y como lo conocemos hoy.

"Erupción de pequeñas vesículas sobre partes distintas de la piel, generalmente situadas unas junto a otras, con poca o ninguna inflamación en su base, y sin acompañarse de fiebre. No es contagioso. Esta erupción es generalmente efecto de una irritación interna o externa y puede ser producido por una gran variedad de irritantes en personas cuya piel es constitucionalmente muy irritable." (Neumann, 1880)

Sin embargo, es Ernest Besnier (francés, 1892), quien describe la primera noción de Dermatitis Atópica, denominándola "Prúrigo diatésico", caracterizado por: prurito, como su síntoma más importante, sumado a una predisposición hereditaria.(Besnier, 1907)

Más tarde, surgen otras denominaciones como: liquen simple y neurodermatitis diseminada.(Ring, Przybilla, & Ruzicka, 2006) En 1923, Coca y Cooke, proponen el término "atopia" para describir cierta hipersensibilidad entre grupos familiares. (Garcia, 1989; Ring et al., 2006) Sulzberger, en 1940 integra conceptos, agrupando todas las definiciones anteriores a una sola: la Dermatitis Atópica.(Sulzberger, 1940)

En 1980, Hanifin y Rajka le otorgaron uniformidad al concepto clínico de la Dermatitis Atópica, a través de sus criterios (Ring et al., 2006). Una década después, en 1994 el Partido Laborista del Reino Unido redefinió éstas características y las perfeccionó hacia una serie de criterios validados para estudios epidemiológicos, con elevados valores predictivos positivos y negativos.(Kang, Polster, Neodorost, Stevens, & Cooper, 2004; H. C. Williams, 1995)

2.1.2.DEFINICIÓN

La Dermatitis Atópica es la expresión cutánea de una hiperreactividad a estímulos externos, de carácter inflamatoria, crónica y recidivante, cuyo síntoma principal es el prurito, dado en individuos predispuestos que comparten una mayor susceptibilidad a desarrollar rinitis alérgica y asma, condición denominada atopia.(Hanifin, 1992; Valencia Calvo, 2012)

2.1.3.EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia global de Dermatitis Atópica en niños oscila entre el 10% al 20% y en adultos del 2% al 10%. (Möhrenschlager, Darsow, Schnopp, & Ring, 2006; H. C. Williams,

1995). Tendencia que va en aumento hacia el doble o triple de lo evidenciado, casos como los de Escandinavia cuya prevalencia en 1948 era de 1.3% y en 1993 aumentó a 20%-23%. Asimismo, en el Reino Unido se documentaron valores de 5%, 12%, 18% y 21% en los años de 1964, 1989, 1994 y 1999, respectivamente. (Levy, Gelfand, & Yan, 2003; Möhrenschrager et al., 2006)

Alrededor del mundo las tasas difieren ampliamente, sin encontrarse un patrón definido. La literatura menciona crecimiento en países en vías de desarrollo y otros en áreas que han sufrido una mayor industrialización, como en Hong Kong, cuya prevalencia en zonas rurales fue del 7.2% y en la ciudad del 20.1%. (Levy et al., 2003) Igualmente, en Nigeria se observa este patrón 0.3% en 1960, 1.6% en 1970, 6.1% en 1980, 7.2% en 2000 y 8,5% en el 2004. (Levy et al., 2003; Nnoruka, 2004; Onunu, Eze, & Kubeyinje, 2007)

De acuerdo al estudio epidemiológico mundial "ISAAC" (*The International Study of Asthma and Allergies in Childhood*) la prevalencia de Dermatitis Atópica en Quito- Ecuador fue del 22.5% para niños entre 5-6 años y en adolescentes de 13-14 años de 16.5%. Los datos obtenidos indican que poseemos la prevalencia más alta en el mundo para niños de 5 a 6 años y la octava en adolescentes. (Barba et al., 2011; Odhiambo, Williams, Clayton, Robertson, & Asher, 2009).

Estadísticas que se contraponen con algunas investigaciones realizadas en el Distrito Metropolitano de Quito donde la incidencia en la población general fue de 3,75%. (Cañarte, Cabrera, & Palacios, 2004). La prevalencia de Dermatitis Atópica en 5 guarderías en el sector de Cumbayá fue del 20.6% (Cañizares & Ríos, 2008). Asimismo, en una guardería pero con tan solo 38 alumnos obtuvieron cifras de 28,9%. (Buestán, 2006). En otro trabajo realizado en 3 escuelas del centro de la ciudad con 526 pacientes, se encontró una

prevalencia en escolares con DA evidente de 1,14% y por anamnesis del 13.3%.(Vimos, 2013)

Por tanto, los valores contradictorios sobre la prevalencia de Dermatitis Atópica, nos demuestran que existen variables como la geografía, grupos de población, tamaño de la muestra que pueden alterar los resultados. Así como también, la metodología empleada para definir Eczema Atópico en los participantes y el tipo de personal médico encargado del diagnóstico (Dermatólogo/a vs. Alergólogo/a).(Harris et al., 2001)

Esta enfermedad puede emerger a cualquier edad, donde el 60% de los casos aparecen en el primer año de vida y entre el 80%-90% antes de los 5 años de edad (William, 2005; H. C. Williams, 1995). En general se dice que la Dermatitis Atópica desaparece a los 10 años en un 50% -70% de los casos, pero disminuye a un 38% en pacientes diagnosticados de Eczema Atópico severo en la infancia.(Levy et al., 2003; Rystedt, 1985; H. C. Williams, 1995)

La asociación entre Dermatitis Atópica, Rinitis Alérgica y Asma es alta. Es más, hasta un 80% de pacientes con DA, desarrollará un cuadro respiratorio alérgico en cualquier momento de su infancia. De los cuáles entre un 15%-30% sufren conjuntamente de Asma (Eichenfield et al., 2003)

Existen algunas variables sugestivas de peor pronóstico en pacientes con Dermatitis Atópica como: edad de inicio temprano (21.7%); severidad clínica (35.6%); antecedentes familiares de atopia, presentes en el 46%-68% de pacientes atópicos, especialmente cuando la madre sufre de DA; sexo femenino (relación de M:V de 1.3:1) y alergias respiratorias (OR: 2,33%). (Coleman, Trembath, & Harper, 1997; Harris et al., 2001; Illi et al., 2004; Kang et al., 2004; Levy et al., 2003; H. C. Williams, 1995)

2.1.4.FISIOPATOLOGÍA

La complejidad del Eczema atópico se manifiesta en su fisiopatología, porque se trata de una enfermedad de etiología multifactorial, donde convergen factores inmunogenéticos, cutáneos y medioambientales.

La piel debe reconocerse como un sistema interactivo y dinámico tanto en su medio interno como externo, compuesto por células, inmunoglobulinas, citocinas, interleukinas ..etc., cuyas interrelaciones o alteraciones generan, sobre una base genética, la clínica de la Dermatitis Atópica.

Existen dos hipótesis sobre su patogénesis. La primera señala que el defecto primario se halla a nivel de la sensibilización de la IgE por cambios inmunológicos que a su vez, afectan el epitelio de la piel por la liberación de citocinas proinflamatorias. La segunda teoría propone defectos intrínsecos en las células epiteliales que desencadenan una disfunción de la barrera cutánea. Las alteraciones inmunológicas serían un epifenómeno. (Bieber, 2008)

2.1.4.1. Mecanismos inmunogenéticos

El trasfondo genético de la Dermatitis Atópica es indudable (Shultz Larsen, 1993). Donde existen dos grandes grupos de genes: los que codifican proteínas relacionadas con estructuras epidérmicas y los que intervienen con elementos del sistema inmunológico. (Bieber, 2008).

Últimas investigaciones señalan que la Dermatitis Atópica puede dividirse en tres fases. La primera dada en la infancia donde no existen sensibilización a agentes externos. Seguida por una fase de sensibilización a alérgenos mediada por la inmunoglobulina E. Finalmente, el rascado y prurito lesionan la piel, lo cual libera autoantígenos que induce la producción de autoanticuerpos de IgE.(Bieber, 2008)

Aquellos genes relacionados con la producción de IgE, han sido estudiados por su estrecha relación fisiopatológica con la DA (Tabla N°1). Mecanismo que ha sido clasificado como antígeno específico con valores de Anticuerpos IgE elevados y otro no antígeno específico con aumento de los valores séricos globales de IgE.(Coleman et al., 1997; Kang et al., 2004; a Wollenberg & Bieber, 2000)

Los linfocitos Th1 están asociados a una respuesta de hipersensibilidad retardada mientras que los linfocitos Th2 a una respuesta urticarial mediada por IgE. En la Dermatitis Atópica se observa una reacción paradójica entre Th1 y Th2, cuya consecuencia genera un fenotipo similar a una respuesta Th1 pero mediada por Linfocitos Th2 más secreción de Inmunoglobulina E.(William, 2005). El siguiente esquema resume la fisiopatología de la Dermatitis Atópica. (Gráfico N°1)

Tabla N°1: Genes asociados a Atopia		
Región	Gen involucrado	Fenotipo, acción
2q21-23	desconocido	IgE específica
5q31	IL-5, IL-13, GM-CSF	estimula Th2
5q31.1	IL-4 cluster	IgE sérica total
5q32-q33	Receptor glucocorticoesteroide	IgE sérica total
	Receptor β -adrenérgico	Hiperreactividad Bronquial, asma
6p21.3	TNF- α	IgE sérica total
6p21.3	CMH clase II	IgE específica
8p23-p21	desconocido	IgE específica
11q13	CD20 Receptor de alta afinidad para IgE	captación de alergen dependientes de IgE. Dado en Atopia, Asma, IgE específica y total
12q15-q24.1	IGF1, SCF	atopia, IgE sérica total
14q11.2	receptor T-cell	modifica la respuesta de IgE específica
	Quinasa Mastocitaria	inflamación cutánea asociada a DA
14q32	IgG Cadena pesada	Atopia
16p11.2-12.1	IL-4 receptor α	IgE sérica total
17q11	RANTES	Regula expresión y secreción de linfocitos T
Polimorfismos en IL-18		Respuesta alterada entre Th1 y Th2
1q21.3	FLG (gen de filagrina)	codifica proteínas que promueven la diferenciación epidérmica. Presente también en Ictiosis Vulgaris
Traducido por Marcela Segovia y modificado de:(Bieber, 2008; Coleman et al., 1997; Kang et al., 2004; a Wollenberg & Bieber, 2000)		

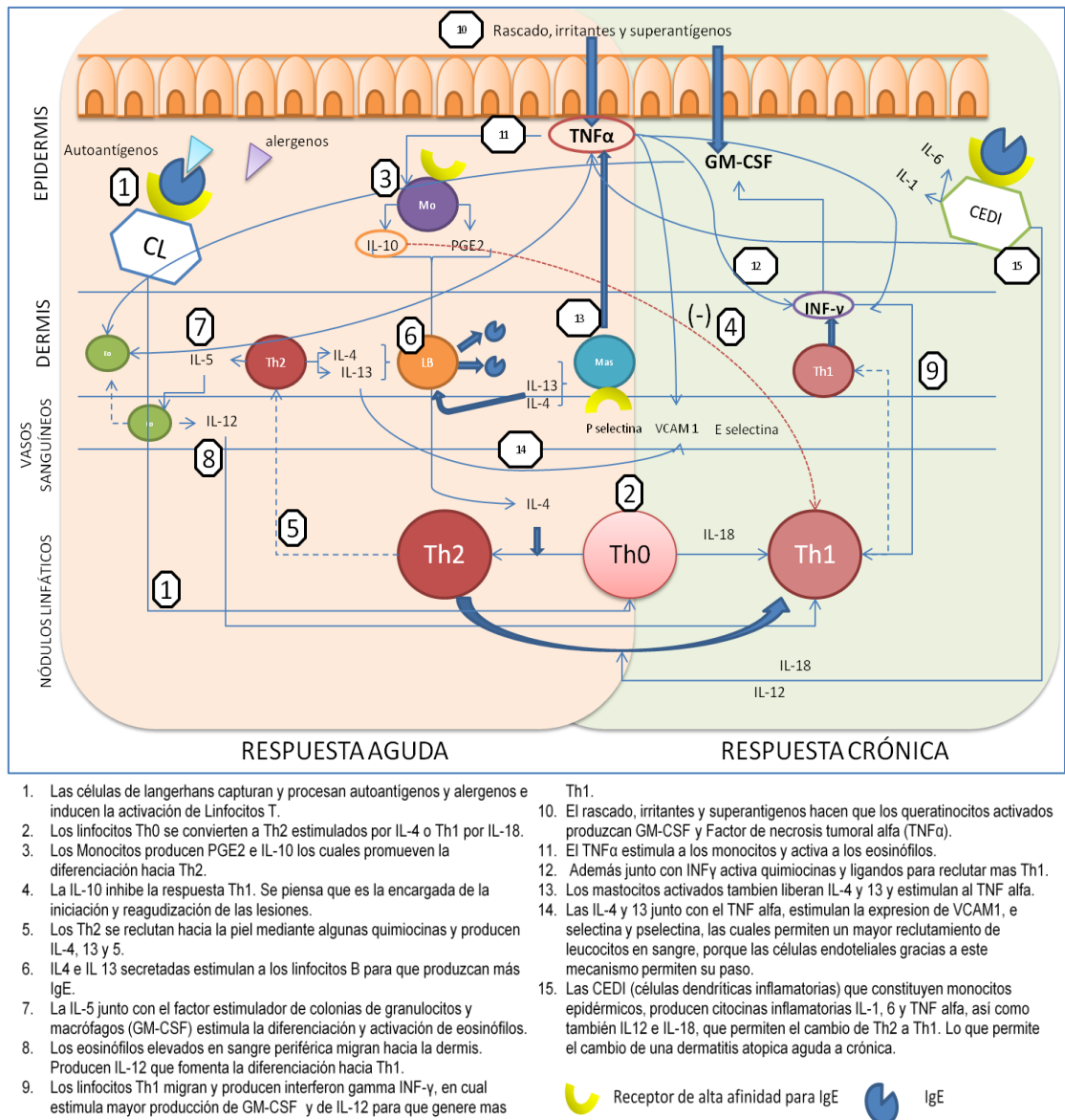


Gráfico N°1 Fisiopatología Dermatitis Atópica

realizado por Marcela Segovia, adaptado de: (Bieber, 2008; Coleman et al., 1997; Kang et al., 2004; a Wollenberg & Bieber, 2000)

2.1.4.2. Alteración de la barrera cutánea

La composición bifásica del estrato córneo mediante corneocitos y una matriz intercelular, formada por lípidos, enzimas, agua más sustancias de bajo peso molecular, le permiten cumplir funciones orgánicas como: ser impermeable a ciertas sustancias y permeable a otras, atrapar agua y renovar sus capas; y funciones protectoras al actuar como barrera y defendernos de agentes microbianos e irritantes. (Elias & Choi, 2005; Ring et al., 2006)

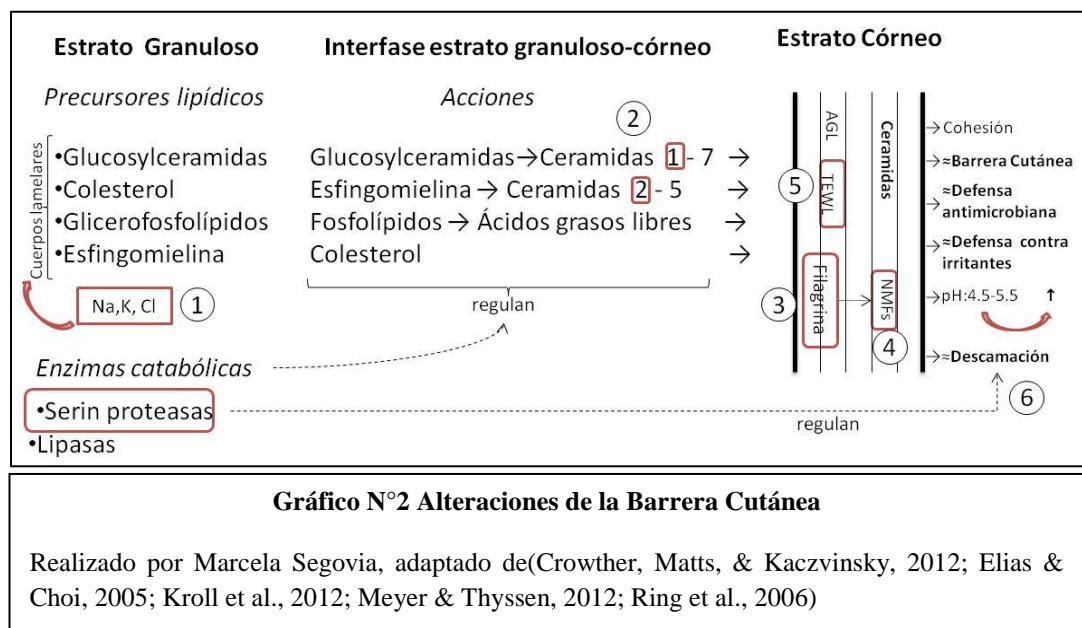
En la Dermatitis Atópica varias características del estrato córneo se encuentran alteradas. (Gráfico N°2)

1. Calcio, potasio y cloro, iones que se ven afectados por la disrupción de la barrera cutánea. Elementos necesarios para estimular la secreción lipídica por parte de los cuerpos lamelares. (Kroll, Hoffman, Cunningham, & Koenig, 2012)
2. Presenta menores cantidades de lípidos como ceramidas 1- 3, que normalmente conforman el 50% de la matriz lipídica .(Ring et al., 2006)
3. Alteraciones a nivel de la filagrina, importante proteína que actúa en el citoesqueleto de los queratinocitos. Produce queratina 1-10 y filamentos intermedios. Además, su degradación libera histidina que ayuda a mantener el pH ligeramente ácido de la piel (4.5-5.5). (Meyer & Thyssen, 2012)
4. Disminución de los NMFs (*Natural moisturizing factors*), conformados por aminoácidos hidrofílicos como: urea, ácido urocánico, alanina, ácido pirrolidona carboxílico, que en una piel normal constituyen hasta el 10% del estrato córneo. Los cuáles son vitales para regular la permeabilidad epidérmica y el manto ácido de la piel. (Kroll et al., 2012)
5. Existe un aumento de la pérdida transepidérmica de agua (TEWL, *transepidermic water loss*), que genera un menor contenido interno de

agua.(Bagazgoitia, Gutiérrez, Blesa, Martín, & Torrelo, 2009; Moreno-Giménez, 2000)

6. Serin proteasas regulan el proceso de renovación de queratinocitos mediante su degradación. En la Dermatitis Atópica, éstas alteraciones promueven una mayor descamación y xerosis cutánea.(Ring et al., 2006)

Asimismo, cuando la superficie de la piel ha sido agredida por rascado e irritantes se desencadenan una cascada de señales intercelulares como: citocinas e interleukinas, que se concatenan con las mecanismos inmunológicos explicados en el acápite anterior.



2.1.4.3. Factores extrínsecos

Varios factores medioambientales han sido asociados a la Dermatitis Atópica, como el uso de detergentes, jabones, agua caliente, ácaros del polvo doméstico, nivel de humedad y ciertos alimentos.

Detergentes y jabones alteran de algunas maneras la barrera cutánea. En principio, actúan como surfactantes, emulsionando los lípidos de la superficie cutánea. Acción que provoca una mayor pérdida transepidérmica de agua, clínicamente manifestándose con un nuevo brote de atopia. Además, cambian el manto ácido de la piel elevando su pH. Por otro lado, se ha demostrado que liberan citocinas proinflamatorias, agravando aún más el eczema atópico.(M. J. Cork et al., 2009)

Los ácaros del polvo doméstico, pueden desenvolverse como aeroalergenos, estimulando los mecanismo de producción de IgE o como agentes proteolíticos que facilitan la disrupción del estrato córneo.(M. J. Cork et al., 2009)

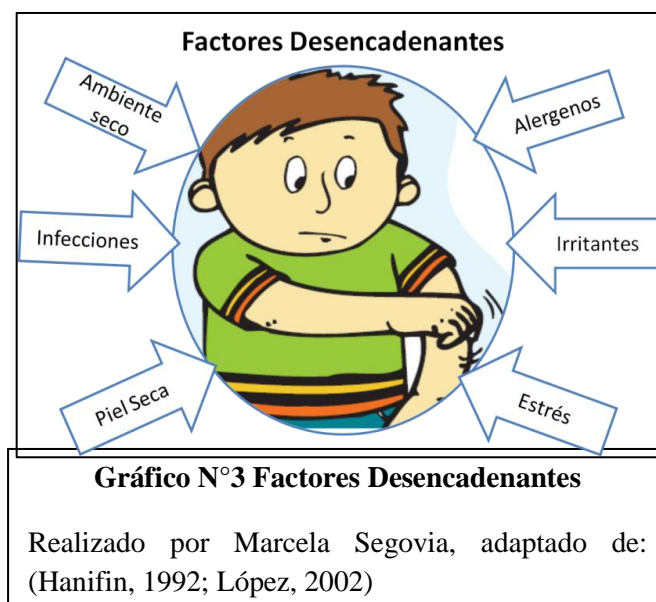
Lanas, solventes, cobalto hasta humo de cigarrillo son considerados factores irritantes en la DA, cuyo brote empeora si hubo una sensibilización previa.(Werfel & Kaap, 1998)

El principal microorganismo asociado a la Dermatitis Atópica es sin duda el estafilococo aureus. Se lo detecta en más del 90% de pacientes atópicos y en lesiones eczematosas entre 14×10^6 por cm^2 . Bacteria que actúa como superantígeno desatando exotoxinas que liberan al Factor de Necrosis tumoral alfa. Además, posee proteincinasas y esfingocinasas, enzimas que pueden degradar los corneodesmosoms e interferieren en la formación de los cuerpos lamelares, respectivamente. Por tanto, afecta de manera directa

la barrera cutánea. (Barba et al., 2011; M. J. Cork et al., 2009; Ladoyanni, 2012; Werfel & Kaap, 1998)

Los alimentos como desencadenantes de la Dermatitis Atópica han sido ampliamente estudiados con resultados controvertidos. Algunos autores proponen como alérgenos leche de vaca, huevos, maní, soya, trigo y pescado. Sin embargo, la mayoría de niños atópicos a los 3 años desarrollan tolerancia. (Ladoyanni, 2012) Es más, la privación exagerada de ciertos alimentos para evitar un brote, puede llevar a verdaderos estados de desnutrición y malnutrición en éstos niños. (WEBBER, S.A., GRAHAM-BROWN, R.A.C., HUTCHINSON, P.E. BURNS, 1989)

Finalmente, eventos estresantes pueden precipitar o agravar un cuadro de Dermatitis Atópica, tanto porque aumentan el prurito y consecuentemente el rascado como también por la presencia de neuropéptidos, los cuáles desatan la cascada inmunológica de la atopia. (Hanifin, 1992). A continuación un gráfico de resumen. (Gráfico N°3)



2.1.5.CLÍNICA

La morfología clínica de la Dermatitis Atópica es variable, desde xerosis a micropapulas, papulas eritematosas, eritema, exudación, descamación y liquenificación.(Escobar & Falabella, 1994) Donde el rascado lleva a un círculo vicioso de prurito, más rascado, erupción y más picor. (Wolf & Allen Johnson, 2005)

Las Dermatitis Atópica puede clasificarse de acuerdo a su evolución y distribución por edad, cuyo síntoma cardinal más importante y reiterativo es el prurito.

- *Evolución:*(Salvador et al., 2007)
 - Fase Aguda: presenta xerosis, microvesículas con costras, eritema papular, eczemas, exudación.
 - Fase Subaguda: xerosis, descamación, placas eritematosas excoriadas, huellas de rascado.
 - Fase Crónica: xerosis intensa, liquenificación con y sin pápulas, costras hemáticas.
- *Distribución por edad:*
 - Lactantes: presentan principalmente piel eritematosa, acompañada de vesículas sobre una superficie edematosa y lesiones exudativas con costras serosas. Localizadas en mejillas, frente y pliegues auriculares, respetando el triángulo nasolabial, que se extienden a cuero cabelludo y parte superior del tronco.(Wolf & Allen Johnson, 2005)
 - Preescolares y escolares: lesiones papulares y liquenificadas con estigmas de excoriaciones. Pueden afectar cualquier área del cuerpo, pero se localizan

principalmente en párpados y regiones flexoras antecubitales y poplíteas.(Morfín, 2001)

- Adolescentes y adultos: presentan más lesiones liquenificadas y eczematosas sobre una base de intensa xerosis. Distribuidas en áreas periobitarias, manos y zonas de flexión.(Escobar & Falabella, 1994)

En algunos pacientes pueden darse variantes clínicas, cuya distribución o morfología es atípica. Existen formas numulares: placas discoides; foliculares: micropapulas foliculares con aspecto de "piel de gallina"; papular liquenoide: papulas aplanadas monomorfas y tipo prúriga: papulas eritematosas excoriadas con vesículas.(Salvador et al., 2007)



Foto N°1: Lactante, micropápulas eritematosas de predominio en mejillas
Tomado de : Banco de Fotos CEPI



Foto N°2: mismo lactante, xerosis más rascado
Tomado de : Banco de Fotos CEPI



Foto N°3: Escolar, pápulas eritematosas.
Tomado de : Banco de Fotos CEPI



Foto N°4: Escolar, misma paciente, eczema mas exudación
Tomado de : Banco de Fotos CEPI



Foto N°5: Adolescente, áreas de exudación y excoriación.
Tomado de : Banco de Fotos CEPI

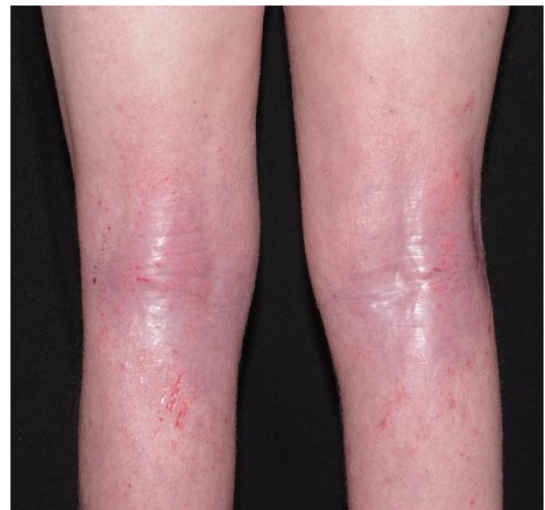


Foto N°6: Adolescente, misma paciente, liquenificación más excoriación
Tomado de : Banco de Fotos CEPI

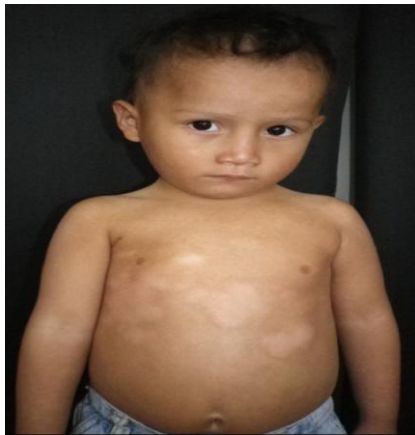


Foto N°7: Escolar, maculas hipopigmentadas, xerosis cutánea
Tomado de : Banco de Fotos CEPI



Foto N°8: Escolar, mismo paciente. Micropapulas foliculares. Aspecto "piel de gallina". Forma atípica de Dermatitis Atópica
Tomado de: Banco de Fotos CEPI

2.1.6.CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La Dermatitis Atópica no tiene signos cutáneos, histopatológicos, ni pruebas de laboratorio patognomónicos.(Cáceres & Rueda, 1999) Solicitar exámenes séricos como valores de IgE pueden ser innecesarios, ya que en el 20% de los pacientes atópicos son normales. (Morfín, 2001). Asimismo, las pruebas de parche o prick- test poseen valores predictivos positivos menores al 40%, siendo inconsistentes para su diagnóstico (FLOHR, JOHANSSON, WAHLGREN, & WILLIAMS, 2004; Hywel Williams, 2005)

En una revisión sistemática sobre los criterios diagnósticos más usados en Dermatitis Atópica, la herramienta mayoritariamente empleada a nivel mundial fue la del Partido Laborista Inglés (sensibilidad 10%-100% y especificidad 89.3%-99-1%), seguida por la de Hanifin y Rafka (sensibilidad 87-9%-96% y especificidad 77.6%-93.8%). (Brenninkmeijer, Schram, Leeftang, Bos, & Spuls, 2008)

2.1.6.1. Hanifin y Rajka

Posee 27 criterios, se necesitan 3 o más mayores asociados a 3 o más menores, con los cuáles se realiza el diagnóstico.

Tabla N°2: Criterios Diagnósticos de Dermatitis Atópica por Hanifin y Rajka, 1980	
Criterios Mayores	1. Prurito
	2. Distribución y morfología típica *Liquenificación o linealidad flexional en adultos *Compromiso extensor o facial en infantes y niños
	3. Dermatitis Crónica o crónicamente recidivante
	4. Historial personal o familiar de atopias (asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica)
Criterios Menores	1. Xerosis
	2. Ictiosis, hiperlinealidad palmar, o queratosis pilaris
	3. Reactividad a pruebas cutáneas inmediata (tipo 1)
	4. IgE sérico elevado
	5. Comienzo a temprana edad
	6. Tendencia a infecciones cutáneas (especialmente <i>S. aureus</i> y herpes simplex)
	7. Tendencia a dermatitis en manos y pies inespecíficas
	8. Eczema del pezón
	9. Queilitis
	10. Conjuntivitis recurrente
	11. Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
	12. Queratocono
	13. Cataratas anterior subcapsular
	14. Oscurecimiento orbitario (ojeras)
	15. Eritema o palidez facial
	16. Pitiriasis alba
	17. Pliegues anteriores del cuello
	18. Prurito al sudar (hipersudoración)
	19. Intolerancia a lanas y solventes orgánicos
	20. Acentuación perifolicular
	21. Intolerancia a alimentos
	22. Curso influenciado por factores ambientales o emocionales
	23. Dermografismo blanco
Fuente: (Hanifin & Rajka, 1980)	

2.1.6.2. Williams y Burney

De sus 6 acápites, la dermatitis pruriginosa constituye el principal criterio acompañada de 3 o más como los antecedentes personales o familiares de atopia

Tabla N°3: Directrices Diagnósticas para Dermatitis Atópica por William y Burney, 1994	
Debe tener	Un trastorno cutáneo pruriginoso (o los padres debe describir una conducta de rascado o frotación del niño)
Y además tres o más de los siguientes	1. Antecedentes de afectación de so pliegues cutáneos como los de los codos, la zona posterior de las rodillas, la parte anterior de los tobillos o el cuello
	2. Antecedentes personales de asma o fiebre del heno (o antecedentes de enfermedad atópica en un familiar de primer grado en los casos de menos de 4 años)
	3. Antecedentes de una piel generalmente seca en el último año
	4. Dermatitis visible de las zonas de flexión (o dermatitis que afecta a las mejillas o la frente y la parte externa de las extremidades en los niños de menos de 4 años)
	5. Inicio antes de los 2 años (no se utiliza si el niño tiene menos de 4 años)
Fuente: (H. C. Williams, 1995)	

2.1.7. SEVERIDAD

Hasta el momento no existe un formato estándar o único para cuantificar la severidad clínica de un brote. Empero, las evaluaciones en general valoran: intensidad y extensión de la atopia; síntomas subjetivos como privación del sueño y prurito; complejidad del tratamiento empleado e impacto de la enfermedad en el paciente y en su familia. (National Institute for Health and Clinical Excellence & National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2007)

2.1.7.1. SCORAD

De todos ellos, el más utilizado es el SCORAD (*Scoring Atopic Dermatitis*) o sistema de puntuación en Dermatitis Atópica, que valora: extensión, mediante la "regla de los nueve" usada en pacientes pediátricos quemados; intensidad, a través de 6 signos clínicos como eritema, edema, exudado, excoriación, liquenificación y xerosis, en un rango entre 0-3 más síntomas subjetivos como pérdida de sueño y nivel de prurito, gracias a una escala análoga de 0 a 10. Se obtiene un resultado máximo sobre 103, que se lo clasifica como leve menor a 15, moderado entre 15-40 y severo mayor a 40 puntos. (National Institute for Health and Clinical Excellence & National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2007; Rudzki, Samochocki, Rebandel, & Saciuk, 1994; Stalder, Taieb, & Atheton, 1993)

2.1.8.COMPLICACIONES

2.1.8.1. Infecciones cutáneas

Las alteraciones a nivel de la barrera cutánea y el rascado permiten una mayor colonización de bacterias, virus y hongos. Sin embargo, los pacientes atópicos tienden a presentar infecciones virales diseminadas, quizás por los disminuidos niveles de interferón gamma, por la sobre-estimulación de los linfocitos Th2.(A. Wollenberg, Wetzel, Burgdorf, & Haas, 2003)

2.1.8.2. Impétigo y Abscesos

La presencia aumentada del *Estafilococo Aureus* en pacientes atópicos, los hace más proclives a infecciones cutáneas como impétigo y abscesos cutáneos.

El impétigo es una infección superficial de la piel muy contagiosa, constituida por pequeñas pústulas rodeadas de halo inflamatorio, acompañadas de costras mielecéricas y secreción sero-purulenta. Los abscesos en cambio son colecciones de pus entre la dermis y tejidos

profundos, aparecen como nódulos eritematosos fluctuantes, acompañados de edema, dolor y calor localizado. (Rascón, Campins, & Riera, 2008; Sánchez-Saldaña & Sáenz-Anduaga, 2006).

Complicaciones extremadamente raras en pacientes atópicos serían: síndrome estafilocócico de piel escaldada, linfadenitis aguda y sepsis.(Hanifin, 1992; Schwartz, 2013)



Foto N°9 Impétigo en un niño con Dermatitis Atópica, tomado de: (Ring et al., 2006)

2.1.8.3. Herpes Simple

Infección viral caracterizada por micro vesículas más costras necróticas con halo eritematoso. Puede presentarse bajo 2 formas clínicas: la primera migratoria y la segunda generalizada, denominada Eczema Herpeticum o Erupción Variceliforme de Kaposi.(Foto N°10) Cuadro clínico que requiere hospitalización y manejo inmediato con aciclovir ya que puede asociarse a viremia con encefalitis y meningitis. Sin tratamiento antiviral efectivo la mortalidad puede ascender a 75%. (Hanifin, 1992; A. Wollenberg et al., 2003)

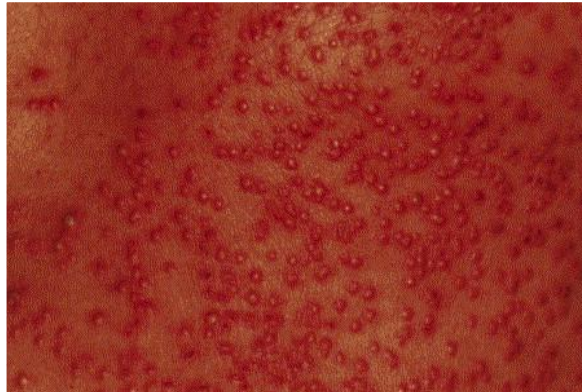


Foto N°10: Eczema Herpetiforme más Dermatitis Atópica, tomado de: (A. Wollenberg et al., 2003)

2.1.8.4. Molusco contagioso

Lesiones papulares con centro umbilicado, de color piel. Normalmente se localizan en rostro, tórax o muslos. En niños con Dermatitis Atópica se manifiesta en mayor frecuencia y extensión. (Legña, 2000; A. Wollenberg et al., 2003)



Foto N°11: Infección por Mollusco Contagioso en paciente atópico, tomado de: (A. Wollenberg et al., 2003)

2.1.8.5. Verruga Viral

Se presentan con mayor agresividad en pacientes atópicos especialmente en niños, con una incidencia global de 17%. (Ring et al., 2006) Aunque existen estudios contradictorios, con un riesgo relativo de tan solo 0.60%. (H Williams, Pottier, & Strachan, 1993)

2.1.8.6. Eritrodermia

La Dermatitis Atópica constituye el tercer agente causal de eritrodermia. Complicación poco frecuente en pacientes atópicos pero que puede ser mortal. Los pacientes afectados presentan eritema más exfoliación generalizada, en más del 90% de la piel, acompañado de toxicidad sistémica, linfadenopatía y fiebre. (Navas & Hidalgo, 2006; Ring et al., 2006; Zambrano, Torrelo, & Zambrano, 2003)

2.1.9. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dado la variedad de formas que toman las lesiones cutáneas en la Dermatitis Atópica (pápulas, vesículas, placas, nódulos y excoriaciones) el diagnóstico diferencial puede ser extenso. Sin embargo, siempre deben considerarse las siguientes patologías: tiña corporalis, psoriasis, dermatitis tanto seborreica, irritativa y alérgica de contacto. (Tabla N°4)

Tabla N°4 Diagnóstico Diferencial						
Características	Dermatitis Atópica	Dermatitis Seborreica	Dermatitis Irritativa	Dermatitis Alérgica	Tiña	Psoriasis
Edad	desde lactantes > 4 meses	RN, lactantes < 4 meses	cualquier edad	cualquier edad	escolares	adolescentes
Antecedentes Familiares	presentes	ausentes	ausentes	ausentes	ausentes	ausentes
Curso	crónico recidivante	crónico	agudo	agudo	agudo	crónico recidivante
Bordes	mal definidos	mal definidos	mal definidos	mal definidos	redondeados bien definidos	bien definidos
Bilateral	si	si	no	no	no	si
Simétrico	si	si	no	no	si	si
Único	no	no	no	no	si	no
Múltiple	si	si	si	si	no	si
Localización	respeto región nasolabial. Afecta flexuras cubital y poplíteas	afecta región nasolabial, rostro, cuero cabelludo, vértex	Niños suele presentarse alrededor de la boca, área del pañal, dedos.	en área expuesta a agente alérgico. Lactantes en región periumbilical	generalmente lesión única en cuero cabelludo u otra zona cutánea	zonas extensoras miembros inferiores, cuero cabelludo
Prurito	↑↑↑↑	–	↑	↑	↑↑	–
Exudación	↑↑↑↑	–	↑↑↑	↑↑↑	↑	–
Descamación	↓	↑↑↑	↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑↑
Eritema	↑↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↓
Liquenificación	↑↑	–	↓	↑↑	–	↑↑↑↑
Excoriación	↑↑↑↑	–	↓	↓	–	–
Edema	↑	–	↑↑	↑↑	–	–
Modificado por Marcela Segovia de: (Correale, Walker, Murphy, & Craig, 1999; KROL & KRAFCHIK, 2006; Palacios, 2011; Yetman & Parks, 2009)						

2.1.10. TRATAMIENTO

El tratamiento de la Dermatitis Atópica se fundamenta en la aplicación de medidas de autocuidado como: evitar factores irritantes o desencadenantes, aplicar emolientes o cremas humectantes, controlar el prurito y finalmente emplear medidas farmacológicas

2.1.10.1. MEDIDAS DE AUTOCUIDADO

2.1.10.1.1. Identificación y corrección de factores desencadenantes

Ante un paciente con Eczema Atópico el médico debe informar a los cuidadores sobre potenciales agentes irritantes o causantes de un brote como: sudor y lanas, por lo que se debe promover el uso de ropa de algodón y evitar el uso excesivo de prendas; baños con agua muy caliente más jabones o detergentes alcalinos, incluyendo: espumas, geles y burbujas de baño; infecciones cutáneas; aeroalergenos y sustancias desinfectantes como alcohol, yodo, merthiolate. (Correale et al., 1999; Hoare, Li Wan Po, & Williams, 2000; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007)

Asimismo, se debe estimular a los padres o cuidadores que escriban un diario, donde indique cuándo y donde aparecen los brotes, de tal modo que les permita prevenir futuras lesiones.(E. . Holm, Cambazard, Fölster-Holst, Szepietowski, & Torrelo, 2013; Palacios, 2011)

2.1.10.1.2. Aplicación rutinaria de humectantes y emolientes

La alteración de la barrera cutánea en la Dermatitis Atópica mejora con la aplicación rutinaria de humectantes porque restaura su integridad. Por tanto, su uso constituye el pilar fundamental en el manejo del Eczema en todos sus estadios: leve, moderado a grave. (Hoare et al., 2000; Lane, 2012)

Los humectantes están compuestos por agua y aceite, cuyas variaciones producen lociones, cremas y ungüentos. A mayor sequedad cutánea se prefieren el uso de productos oleosos

tipo ungüento, siempre y cuando no contengan perfumes ni aditivos. El mejor humectante es aquel que el/la niño/a atópico/a prefiera. (Lewis-jones, 2012; Palacios, 2011) Se deben aplicar cantidades cuantiosas, siempre después del baño, mínimo dos veces al día y a la semana entre 150 gramos a 200 gramos, inclusive cuando el brote haya cesado. (Akdis et al., 2006; Darsow et al., 2005; National Institute for Health and Clinical Excellence & National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2007; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011)

2.1.10.1.3. Control del prurito

El prurito es el síntoma subjetivo que más afecta la calidad de vida tanto del paciente como de sus padres, por lo que su control es de vital importancia.

Se recomienda mantener las uñas cortas para evitar grandes excoriaciones y en el caso de infantes pueden usarse mitones de tela suave o de algodón.(E. . Holm et al., 2013)

Los baños coloidales a base de avena o arroz más agua tibia pueden aliviar el prurito, así como también compresas húmedas. Al secar, está totalmente prohibido frotar, porque se incrementa la sensación de prurito. Después del baño, que debe durar menos de diez minutos, se debe humectar inmediatamente la piel del niño. (Lun, Hon, & Leung, 2012; Palacios, 2011)

El uso de antihistamínicos tópicos carecen de efectos sobre el prurito, si lo llegarán a aliviar, serían gracias al tipo de vehículo.(Sher, Chang, Patel, Balkrishnan, & Fleischer, 2012)

Por otro lado, el uso de terapias psicológicas como grupos de apoyo para la familia y para el paciente atópico pueden reducir el umbral del prurito..(Sj, Latter, Sibley, Pa, & Welbourne, 2009)

2.1.10.2. MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

2.1.10.2.1. Agentes tópicos

2.1.10.2.1.1. Corticoides tópicos

La terapia farmacológica de primera línea en Dermatitis Atópica desde hace 40 años, continúan siendo los corticoides tópicos. Para su prescripción deben tomarse en cuenta la edad del paciente, el área afectada, la gravedad clínica más la potencia y el vehículo del corticoide. (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011). Se utilizarán corticoides de potencia leve a moderada en rostro, genitales y regiones intertriginosas, por su mayor capacidad de absorción. (Akdis et al., 2006)

Según la literatura, los corticoides deben ser aplicados dos veces al día por intervalos cortos entre 1 a 2 semanas. A pesar que existe evidencia que la aplicación diaria puede ser igualmente efectiva. (Garnacho-Saucedo, Salido-Vallejo, & Moreno-Giménez, 2013; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004)

Si se presentan recaídas o en caso de enfermedad persistente, los corticoides pueden usarse en pauta intermitente, es decir solo los fines de semana, más inhibidores de la calcineurina el resto de la semana entre 2 a 4 veces. La utilización de corticoides tópicos en curas húmedas o mediante vendajes oclusivos sería cuando la Dermatitis Atópica sea de moderada a grave. (Dempster, Jani, & Daly, 2011; Garnacho-Saucedo et al., 2013; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011)

2.1.10.2.1.2. Inhibidores de la calcineurina

Agentes tópicos inmunosupresores que deben ser usados en pacientes mayores de 2 años, cuya efectividad para disminuir el prurito y lesiones eritemato-descamativas de leve

intensidad ha sido comprobada. (Sher et al., 2012) Sin embargo, son considerados agentes terapéuticos de segunda línea. Se prefiere su uso como terapia de mantenimiento .(Garnacho-Saucedo et al., 2013)

2.1.10.2.2. Medicación sistémica

La terapéutica vía sistémica debe reservarse aquellos casos donde el tratamiento tópico convencional ha fracasado y el paciente persiste con lesiones cutáneas o si se ha agravado el cuadro clínico.

2.1.10.2.2.1. Corticoides orales

Tratamiento de rescate en brotes de Dermatitis Atópica exacerbados, especialmente cuando la extensión o intensidad de las lesiones hacen más seguro y confortable la administración oral. Tras obtener mejoría clínica la dosis de corticoide debe reducirse lenta y progresivamente para minimizar la posibilidad de un efecto "rebote". (Garnacho-Saucedo et al., 2013)

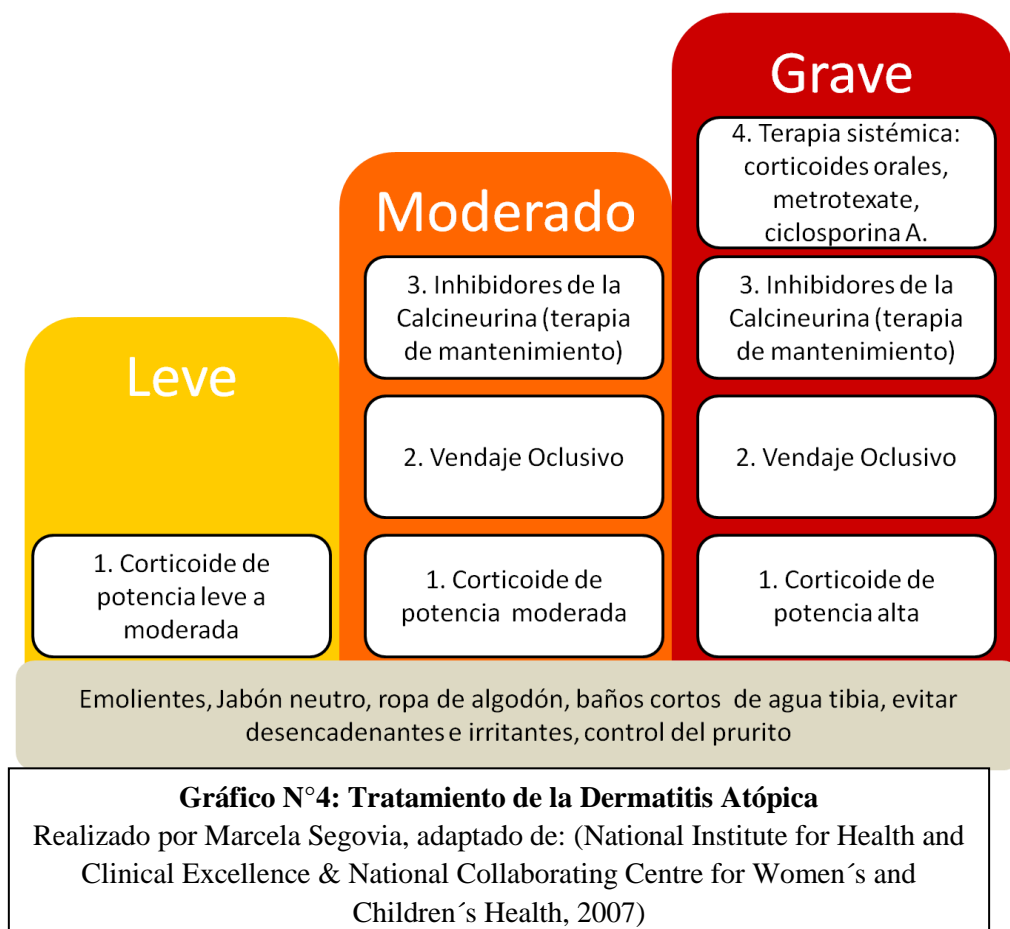
2.1.10.2.2.2. Antihistamínicos

El rol de la histamina en la Dermatitis Atópica es incierto y puede ejercer cierta acción hacia la intensidad del prurito. Su uso se centra en sus poderes sedantes, porque disminuye el insomnio de los pacientes, más no ejercen un efecto clínico claro contra el Eczema Atópico.(Schmitt, Schäkel, Schmitt, & Meurer, 2007; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011)

Una revisión sistemática sobre antihistamínicos sedantes nos indica su seguridad en pacientes pediátricos con escasos efectos adversos. (Hanifin et al., 2003)

2.1.10.2.2.3. Metrotexate y ciclosporina

Inmunomoduladores usados en casos extremos, cuando un paciente presenta una Dermatitis Atópica grave y recalcitrante. Según una revisión sistemática la Ciclosporina A ha demostrado mayor efectividad versus otros agentes como la azatioprina, interferon gamma y mofetilmicofenolato. (Schmitt et al., 2007) Sin embargo, sus altos costos y poca disponibilidad en el mercado ecuatoriano impiden su uso. Por lo que, el metrotexate se utiliza ampliamente, bajo estricta vigilancia médica y con muy buenos resultados.(Palacios, 2011)



2.1.10.3. OTRAS MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En el mundo occidental existen múltiples estudios sobre cómo las restricciones dietarias tanto del paciente como de su madre durante la gestación o los efectos de la lactancia materna versus la fórmula o la sensibilización a ciertos alérgenos, pueden ejercer roles importantes o desencadenantes de la Dermatitis Atópica en niños y niñas. Ningún estudio hasta el momento es contundente y definitivo.

En contraste, la medicina oriental se ha centrado en la individualidad de cada paciente, fomentado cambios en el estilo de vida y en la rutina alimentaria, el uso de hierbas medicinales chinas, hipnoterapias, acupuntura, homeopatía....etc. (Pagano, 2009)

El uso de terapias alternativas en enfermedades dermatológicas varían entre el 35% al 69% por paciente. Las opciones preferidas por los atópicos son: cambios en la dieta, medicina herbal, hipnoterapia, homeopatía y suplementos dietéticos.(Ernst, Pittler, & Stevinson, 2002)

A pesar que se debe respetar el principio ético de autonomía del paciente ante la elección de terapias alternativas o remedios caseros, es importante mencionar que no por ser "naturales" o "complementarias" están exentas de efectos adversos. (Ernst et al., 2002; National Institute for Health and Clinical Excellence & National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2007; Palacios, 2011)

2.1.10.3.1. Remedios caseros

En la sociedad ecuatoriana y latinoamericana, existen diversos tratamientos herbales y no herbales que forman parte de nuestro legado cultural preincaico e incaico, que muchas veces pueden mal usarse, especialmente en pacientes pediátricos con Dermatitis Atópica.

Algunos tratamientos como talco caliente, ajo "soasado" o gotas de limón, son usados por la gente. De los cuáles, evidencia científica no existe pero institucionalmente, en el Centro de la Piel (CEPI), sí. Alimentos de origen vegetal como el limón y ajo, ejercen un efecto irritativo muy importante, así como también el talco caliente que agrava las lesiones eczematosas.

Otras medidas en cambio, pueden ser beneficiosas como la aplicación de aceite de oliva o manteca en la piel sin lesiones, para disminuir la xerosis cutánea. Asimismo, compresas frías de agua de manzanilla o matico pueden aliviar el prurito y los eczemas. Sin embargo, si el agua es muy caliente puede llevar a quemaduras y empeorar la clínica del paciente.



Foto N°12: Lactante con Dermatitis Atópica que posterior a una "limpia" (diversas hierbas colocadas sobre la piel) desarrolla Eritrodermia
Tomado de: Banco de Fotos CEPI

2.2. PROBLEMÁTICA DE LA DERMATITIS ATÓPICA

La afectación económica, social, psicológica, emocional y física que sufren tanto los pacientes como sus familias es tan alta, que la Dermatitis Atópica es considerada la mayor enfermedad crónica de la infancia, superando a la Diabetes Mellitus, Asma y la Fibrosis Quística. (Lewis-Jones, 2006)

El impacto económico en las familias está dado por los costos del tratamiento más las visitas al médico (general, pediatra, dermatólogo o alergólogo) que se triplican si el niño posee un Eczema Atópico moderado a grave. Sumado a costos indirectos como la ausencia laboral y la disminución de la productividad de los padres, dado por el tiempo que requieren para manejar esta enfermedad, que equivale a 3 horas diarias, como por la privación de sueño que sufren entre 2 a 3 horas cada noche. Asimismo, incrementan los costos el acceso a transporte para dirigirse al médico y el uso de terapias alternativas. (Su, Kemp, Varigos, & Nolan, 1997).

Según una revisión sistemática realizada en Estados Unidos el costo directo e indirecto sería de USD 609 anuales por paciente atópico (Carroll, Balkrishnan, Feldman, Fleischer, & Manuel, 2005). Aún mas, cuando se trata de familias de escasos recursos, el efecto de la Dermatitis Atópica puede ser catastrófico, requiriendo apoyo financiero extra para manejarla. (Lewis-Jones, 2006)

Las alteraciones psicosociales de los pacientes atópicos incluyen: irritabilidad, hiperactividad, sentimientos de frustración sumado a mayor apego a los padres. En niños escolares se derivan en problemas conductuales y disciplinarios mientras que los adolescentes presentan ansiedad, aislamiento social y dificultad en las relaciones interpersonales tanto por una mala percepción individual así como también por padecer de una baja autoestima. (Chamlin, 2006)

La afectación física en los niños está dado por las características de la enfermedad como el rascado, la irritación y la exudación serosanguinolenta de la piel. Sin embargo, tanto los padres como sus hijos se ven afligidos ampliamente por la privación de sueño dado hasta en el 60% de los casos. (Lawson, Lewis-Jones, Finlay, Reid, & Owens, 1998)

Por tanto, la Dermatitis Atópica puede perturbar todos los aspectos de la vida diaria del paciente y de su familia en detrimento de su calidad de vida. (Chamlin et al., 2005; Lewis-jones, 2012). En un estudio realizado en el Centro de la Piel (CEPI), con 45 pacientes atópicos entre 5-15 años, obtuvieron una afectación moderada. (Aguilera & Orbe, 2013) Asimismo, se ha demostrado que a mayor severidad clínica mayor es la afectación de la calidad de vida familiar. (Ben-Gashir, Seed, & Hay, 2002)

Tabla N°5: Efectos de la Dermatitis Atópica en los niños y en sus padres		
Afectación	Niño	Padres
Física	Prurito/rascado Irrupción del sueño Exudación de la piel Dolor durante los baños Irritación de la piel Restricción dietaria	Agotamiento, Cansancio Privación del sueño
Emocional	Alteraciones en la conducta y en la disciplina Irritabilidad Rechazo hacia la aplicación de medicaciones tópicas Frustración Odio a tomar medicación vía oral Hiperactividad Inquietud Se rasca para llamar la atención Quiere ser mantenido en brazos	Falta de confianza en los médicos Indecisión para tener otro niño Vergüenza por el aspecto del niño Frustración Impotencia Tristeza y depresión Culpa y autculpa Dificultad en la relación con pareja Preocupación para que el niños haga amigos, sobre su autoestima, futuro. Preocupación por los efectos del tratamiento y sus costos
Social	Restricción en la ropa Rutina de baño alterada Restricción en la piscina Síntomas interrumpen el juego Rechazo por adultos o niños	Afecta al trabajo Afecta al desempeño laboral Rechazo a tomar fotos familiares Niño duerme en la cama de sus padres La familia se queda más tiempo encasa Mayor cuidado en la limpieza Reacios a dejar al niño con otras personas Los tratamiento consumen mucho tiempo Dificultad para conseguir niñeras Restricción en las vacaciones La atopia afecta las relaciones entre amigos y familiares
Traducido por Marcela Segovia. Fuente: (Chamlin, Frieden, Williams, & Chren, 2004)		

2.3. EDUCACIÓN EN SALUD

La educación y la salud han sido disciplinas que se han desarrollado a lo largo del tiempo de manera paralela. Sin embargo, con la llegada de la epidemiología y la atención primaria de salud, lograron fundirse en una unión simbiótica y conformar una ciencia por sí sola, denominada Educación en Salud. (Valadez, Villaseñor, & Alfaro, 2004)

La prevención de enfermedades se logra mediante políticas de salud, las cuales para su cumplimiento deben llegar a la comunidad, mediante instrumentos de divulgación masivos y personalizados, donde la comunicación y educación cumplen un rol protagónico.

Según el Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud de la OMS, define a la educación en salud como "un proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, enfermedad y al uso de servicios, y que refuerza conductas positivas".(Organización Panamericana de la Salud, 1985) De manera que, no solamente busca informar sino también potenciar el cambio social, porque ayuda a los débiles a ganar más control sobre su salud y su vida.(Werner & Bower, 1984)

La educación contextualizada en la comunidad puede basarse en tres modelos educativos: informativo, persuasivo y participativo. El tercero de ellos, genera una relación terapéutica entre el personal de salud y los individuos o grupos comunitarios, en el cual existe un esfuerzo genuino para otorgar facultades a la gente, donde la principal función del promotor de salud es ayudar a la gente a entender mejor sus problemas y a resolverlos, a partir del análisis crítico de su entorno.(Turabián & Pérez Franco, 2001a, 2001b)

Surge entonces una interrogante ¿cómo se educa o capacita a la comunidad?. En primer lugar, para aprender no basta informar porque la información simple no genera un aprendizaje significativo. En segundo lugar los hábitos o comportamientos no dependen solamente de los conocimientos sino de las experiencias en la vida, las cuáles han ocurrido la mayoría de las veces en grupo. Por tanto, si se desea cambiar los hábitos y actitudes de un individuo o comunidad relacionada a la salud, se debe tomar en cuenta la teoría del aprendizaje social de Bandura, la cual señala tres requisitos para que las personas aprendan y modelen su comportamiento: retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la nueva conducta) y motivación (tener una buena razón) para querer adoptar esa conducta.(Grusec, 1992)

Es decir, para educar a una población se deben reconocer todas las características que rodean a una persona o comunidad: sus creencias culturales, valores y actitudes. Asimismo, sus costumbres familiares, normas, ritos, políticas y prácticas comerciales. A continuación, el promotor debe plantearse tres preguntas sobre la comunidad: ¿qué quieren aprender?, ¿qué cosas les interesan? y ¿qué problemas desean resolver?, para después buscar el cómo. (Turabián & Pérez Franco, 2001b)

Capacitar adultos difiere mucho de los niños. El adulto aprende de la experiencia y necesita ver la resolución de sus necesidades materiales y emocionales. De allí, que la mejor manera de hacerlo es mediante la modalidad grupal. La participación activa de los individuos en un grupo genera un aprendizaje que facilita el cambio personal.(Turabián & Pérez Franco, 2001c)

Existen algunas técnicas educativas para ofrecer un aprendizaje significativo en adultos como lo son las charlas, grupos de discusión, juegos más ejercicios de observación y

práctica. Mediante material didáctico diseñado y creado de acuerdo a los objetivos de enseñanza.. Ejemplos como las "tarjetas relámpago", láminas de papel o cartulina de gran tamaño con gráficos sencillos y claros del tema a exponerse y "el niño guaje", una calabaza con dos orificios en sus extremos cuyas dos tapas están conectadas por un hilo, creado para simular los efectos de la deshidratación en los niños. (Álvarez et al., 1996; Hewett et al., 1996; Organización Panamericana de la Salud, 1985; Werner & Bower, 1984)

2.4. INTERVENCIONES EDUCATIVAS SOBRE DERMATITIS ATÓPICA PARA PADRES

La gran afectación que genera la atopia al individuo y a su familia, disminuye cuando los padres conocen, comprenden y aceptan la enfermedad. A la vez que sus hijos aprender a vivir con ella. Este objetivo se logra a través de una educación en Dermatitis Atópica efectiva, porque genera conductas y hábitos apropiados para la enfermedad. (Sj, Latter, Sibley, Pa, & Welbourne, 2008)

Según Steven J. Ersser, los padres deben poseer ciertas competencias, conocimientos y habilidades para manejar el Eczema Atópico de sus hijos adecuadamente, características señaladas en la Tabla N°6.(Ersser & Nicol, 2012). De allí, la complejidad de capacitar a los padres, pues no solamente se busca que apliquen debidamente las terapias impartidas por el médico sino que también sean autosuficientes.

Existen diversos ejemplos de intervenciones educativas en el Reino Unido y Alemania. Todas ellas comparten el enfoque centrado en los padres y les ofrecen actividades de enseñanza y aprendizaje para aumentar sus conocimientos sobre Dermatitis Atópica y mejorar su manejo. (Gieler, 2004)

Tabla N°6: Herramientas requeridas por los padres para Manejar la Dermatitis Atópica de sus Hijos		
Competencias de automanejo	Conocimientos Requeridos	Habilidades Requeridas
Manejo de síntomas y uso de medicación	Demostrar entendimiento de los síntomas y desencadenantes de la Dermatitis Atópica	Ajustar el tratamiento según los cambios en la enfermedad
	Demostrar entendimiento del tratamiento	Aplicar tratamiento tópico efectivamente
	Determinar cuando el tratamiento no está funcionando	Usar las terapias prescritas adecuadamente
		Adaptar el tratamiento según la condición de la piel.
		Determinar los límites del automanejo y cuando buscar ayuda médica
Comunicación efectiva con profesionales de la salud	Describir las creencias y preferencias familiares o propias sobre la enfermedad y el tratamiento	Adaptar el tratamiento según su estilo de vida, manteniendo su efectividad
	Reconocer cuando puede automanejar la atopia y cuando acudir a un médico	Practicar opciones de tratamiento
Traducido por Marcela Segovia. Fuente: (Ersser & Nicol, 2012)		

2.4.1.MODELO GERMANO

Se basa en la creación de "Escuelas de la Dermatitis Atópica", donde los padres asisten regularmente a sesiones educativas impartidas por profesionales médicos (pediatras), psicólogos y nutricionistas. El manejo multidisciplinario permite abarcar toda la complejidad del Eczema Atópico. (Kupfer et al., 2010; D Staab et al., 2002; Doris Staab et al., 2006; Wenninger et al., 2000)

2.4.2.MODELO INGLÉS

A diferencia del modelo germano, se fundamenta en el gran apoyo que representan las enfermeras en los servicios de salud. A través de la post-consulta, refuerzan la explicación inicial dada por el médico y mediante capacitaciones periódicas en los hogares de los padres o cuidadores, les enseñan de manera práctica el cuidado diario y la aplicación del

tratamiento. La atención personalizada y la demostración in situ del manejo, mejora la relación entre los padres y los profesionales de la salud, así como también incrementan la adherencia al tratamiento.(M. Cork & Britton., 2003; Cox & Bowman, 2000; E. J. Moore, Williams, Manias, Varigos, & Donath, 2009; E. Moore, Williams, Manias, Varigos, & Moore, 2006; Nicol & Ersser, 2010; Schuttelaar, Vermeulen, Drukker, & Coenraads, 2010; H. C. Williams, 2006)

2.4.2.1. ESCALA PASECI (PARENTAL SELF-EFFICACY CARE INDEX)

Propuesta desarrollada como parte del Programa de Educación del Eczema por Ersser, Latter, Farasat, Sibley and Jackson, ensayo clínico todavía en curso. La escala valora el manejo de los padres cuyos hijos padecen Dermatitis Atópica. Está dividida en cuatro partes secuenciales: aplicación de medidas terapéuticas, sintomatología de sus hijos, comunicación con el personal de salud y cómo tratan el Eczema Atópico cuando se sienten cansados, preocupados o se encuentran de vacaciones. (Ersser & Nicol, 2012; University of Bournemouth and the Center for WellBeing & Quality of life, 2009)

Gracias a esta escala es posible determinar si existe un aprendizaje significativo posterior a una intervención educativa, por lo que se solicitó permiso al autor para que pueda ser usada en esta investigación.

CAPÍTULO 3:

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. OBJETIVOS

3.1.1.GENERAL

Determinar la eficacia de una intervención educativa-comunicacional en cuidadores de niños, niñas y adolescentes con Dermatitis Atópica, que acuden al Centro de la Piel (CEPI).

3.1.2.ESPECÍFICOS

- a) Constatar el nivel de desconocimiento de los cuidadores sobre la dermatitis atópica.
- b) Identificar los problemas de la Dermatitis Atópica que más perturban a sus cuidadores.
- c) Comparar la asociación entre nivel de instrucción del cuidador y manejo de la Dermatitis Atópica.
- d) Aplicar técnicas de aprendizaje significativo como: “tarjetas relámpago”¹, el “niño esponja”², grupos de discusión y juegos.
- e) Informar a las madres y/o cuidadores de una forma básica y sencilla:
 - a. El funcionamiento de la piel y el mecanismo de acción de la Dermatitis Atópica.
 - b. El uso rutinario de cremas grasosas y de jabones suaves (a base de avena o pH neutro), a través de apoyos didácticos.
 - c. La detección oportuna de lesiones infecciosas como: impétigo, herpes y abscesos.

¹ “Tarjetas Relámpago”: material educativo diseñado para enseñar conceptos básicos de salud y en este taller para explicar el funcionamiento básico de la piel y de la Dermatitis Atópica. Así como crear grupos de discusión, aplicado por David Werner y Bill Bower, en su libro “Aprendiendo a Promover la salud”.(Werner & Bower, 1984)

² “Niño esponja”: material didáctico adaptado del “niño guaje” de David Werner y Bill Bower, para la dermatitis atópica, para mostrar a los participantes las características de esta enfermedad. (Álvarez et al., 1996)

- d. Los remedios caseros que pueden o no deben emplearse en los pacientes con dermatitis atópica.
- e. El buen manejo de corticoides tópicos de acuerdo a su nivel de potencia.
- f. Los signos y síntomas de gravedad que requieran manejo de especialidad.
- f) Aplicar la escala PASECI modificada como herramienta para valorar el manejo de los cuidadores antes y después de la intervención educativa.
- g) Determinar la confianza de los cuidadores al manejar la Dermatitis Atópica de sus hijos.
- h) Crear un modelo teórico-metodológico de carácter educativo-comunicacional, para mejorar el manejo del eczema atópico en sus hijos.

3.2. HIPÓTESIS

Una intervención educativa en cuidadores causa un impacto en el manejo de la Dermatitis Atópica de sus hijos

3.3. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo tipo investigación-acción basado en un modelo educativo de salud participativo y capacitador. (Pérez Serrano, 1998)

3.4. MUESTRA

La muestra no fue calculada, sino se invitó a participar a todos aquellos cuidadores de niños, niñas y adolescentes con Dermatitis Atópica que acuden al Centro de la Piel (CEPI), según ciertos criterios de inclusión y exclusión. La muestra estuvo integrada por aquellos cuidadores que aceptaron asistir al taller, responder la escala PASECI modificada antes y una semana después de la intervención.

3.4.1.CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Pacientes que tengan 2 o más visitas al CEPI con un diagnóstico de Dermatitis Atópica.
- b) Pacientes que recibieron corticoides orales.
- c) Pacientes que fueron tratados con corticoides intramusculares.
- d) Pacientes que tomaron antihistamínicos.
- e) Pacientes en tratamiento con metrotexate por su Dermatitis Atópica.

3.4.2.CRTERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Datos de filiación incompletos: que no incluyan datos sobre la edad, nombres o números de teléfono.
- b) Pacientes que hayan sido atendidos entre el 2006 al 2012 cuyas edades actuales sean mayores de 20 años.
- c) Pacientes cuya dirección indique que residen más allá de la Provincia de Pichincha.
- d) Historias clínicas cuyo tratamiento no ha sido descrito.
- e) La información sobre el diagnóstico no es segura.

3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA

A partir de la base de datos informática del Centro de la Piel, se detectó la presencia de 266 historias clínicas de pacientes menores de 20 años, de los cuales solo 189 cumplían los criterios de inclusión, fueron rechazadas el resto de historias por poseer los criterios de exclusión.

Se realizaron llamadas telefónicas de manera aleatoria para invitar a los padres y a sus cuidadores a cada taller.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información fue obtenida bajo dos perspectivas: el análisis cualitativo versus el cuantitativo. Durante el taller, la sección cualitativa estuvo compuesta por la resolución de la hoja de problemas y el juego sobre el uso de remedios caseros. Antes de finalizar la intervención se realizó grabaciones auditivas a cada miembro del taller, para conocer su experiencia como participante. Una semana después del taller, a los niños mayores de 7 años se les pidió que realicen un dibujo para comprobar si el manejo de los padres ha mejorado.

El análisis cuantitativo está basado en el cuestionario PASECI modificado antes y una semana después del taller. Además se realizó una evaluación práctica a los padres, mediante una muñeca que simula las lesiones de la Dermatitis Atópica versus las infecciosas. La investigadora comprobó la suficiencia de los padres mediante una hoja de cotejo o check list.

La escala PASECI original consta de cuatro contenidos, los cuales fueron traducidos y certificados por la Facultad de Comunicación y Lingüística de la PUCE. (Ver Anexos). Además, se solicitó permiso al autor para modificarlo. Se eliminaron aquellas preguntas relacionadas a enfermeras dermatólogas, porque no existe esa figura profesional en el país y se agregaron dos secciones, la primera datos de filiación y la segunda correspondida a los conceptos y creencias que tienen los padres sobre la Dermatitis Atópica. (Ver Anexos).

3.7. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

La sección cualitativa se basó en el modelo de análisis de mensaje de Daniel Prieto Castillo, el cual valora el tipo de discurso, estrategias de fondo, uso del lenguaje y la ideología. (Prieto Castillo, 1988). Mientras que para la investigación cuantitativa, se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó el Test de

Student aceptándose con un nivel de significancia estadística de 0,05 con un intervalo de confianza de un 95%..

Los datos fueron tabulados gracias al sistema informático Microsoft Excel 2007 y el análisis de variables mediante EPI-INFO versión 3.5.4 y SPSS versión 20.

3.8. DISEÑO METODOLÓGICO DEL TALLER

Tabla N°7: Diseño metodológico de la intervención educativa. Creado por la autora.					
N°	Objetivo Específico	Proceso	Recursos	Responsable	Tiempo
1	Crear un ambiente de confianza y comunicación interpersonal	1. Ambientación: -Entrega de la carpeta con información sobre Dermatitis Atópica a cada participante -Explicación sobre la temática a desarrollarse. -Formación de grupos (4-5 personas máximo) y colocación de un nombre que los identifique para las actividades.	1. Todos los padres o cuidadores al llegar deben tener un membrete en su pecho con su nombre. Espacio físico, sillas y mesas suficientes.	1. Facilitador y coordinador	10 min
2	Determinar el manejo de los cuidadores sobre la Dermatitis Atópica de sus hijos/as	2. Encuesta PASECI modificada: - Diseñada para valorar el conocimiento, creencias y manejo de los padres sobre la Dermatitis Atópica	2. Cartel que muestra cómo debe responderse la encuesta	3. Equipo	10 min
3	Permitir que los participantes expresen espontáneamente todos los conflictos que afrontan con esta enfermedad	3. Diálogo: - Entrega de la hoja #1 donde enlistan los problemas que tienen al manejar la enfermedad de sus hijos. Calificación mediante cruces de acuerdo a qué tan grave es, cuánto les preocupa y qué tan frecuente es. Análisis de la problemática por parte del facilitador mediante un árbol de problemas	3. Hojas #1 una por grupo (4-5). Esteros, marcadores y un papelote Papelotes	3. Facilitador	20 min
4	Combinar la experiencia de la audiencia con los	4. Contenido teórico-práctico - cada sección contiene información técnica	4. Tarjetas relámpago, "niño esponja", un oasis por	4. Facilitador y colaboradores	90 min

	conocimientos del facilitador para aprender a manejar adecuadamente la Dermatitis Atópica	explicada en términos sencillos seguida de ejercicios de observación y simulación. El temario a tratarse consiste en: (1) La piel y su funcionamiento (2) Información básica sobre el mecanismo de acción de la Dermatitis Atópica (3) Infecciones cutáneas más frecuentes (4) Signos de alarma (5) El buen uso de remedios caseros (6) Manejo de cremas humectantes, corticoides y antibióticos tópicos.	grupo (4-5), avena cruda, agua, jarras o envases, una lavacara. "Juego Mar de palabras", uso de remedios caseros, una funda por grupo.		
RECESO					15 min
5	Evaluar los conocimientos enseñados a los participantes, rectificar errores y aclarar dudas	5. Evaluación práctica - Con una muñeca que simula lesiones infecciosas (Molusco contagioso, impétigo, herpes, tiña, absceso) versus las lesiones (eczemas, liquenificación) de la Dermatitis Atópica.	5. Muñeca de plástico más la canasta de multiproductos con cremas humectantes diferentes marcas, corticoides tópicos, antibióticos tópicos, jabón de tocador, jabón neutro, sustitutos del jabón, alcohol, antifúngicos tópicos, limón, talco, merthiolate, mentón, pañuelo de algodón.	6. Equipo	20 min
6	Reforzar las ideas aprendidas y clarificar dudas	6. Cierre - Entrega del tríptico: "Todo sobre la Dermatitis Atópica" para que los cuidadores posean una ayuda memoria permanente.	6. trípticos suficientes	6. Equipo	15 min
TOTAL					180 min

3.8.1.CREACIÓN Y DISEÑO DEL MATERIAL DIDÁCTICO

El enfoque educativo buscó ser funcional, donde los materiales didácticos creados puedan resolver los problemas que tienen los padres al comprender y manejar la enfermedad, como por ejemplo: la xerosis cutánea, la humectación diaria y la extensión necesaria en la piel, las diferencias entre las lesiones de atopia versus las infecciosas (mollusco contagioso, herpes, tiña, impétigo y abscesos), las características entre lociones, emolientes y humectantes, sustitutos del jabón y finalmente la distinción entre las potencias de los corticoides tópicos.

Se crearon 4 materiales didácticos: las "tarjetas relámpago", el "niño esponja" y su oasis, "la muñeca que simula lesiones" más la canasta de "multiproductos" y el tríptico: "Todo sobre la Dermatitis Atópica". (Ver Anexos)

Las "tarjetas relámpago" son series de láminas impresas a full color de tamaño A1, que mediante gráficos sencillos y claros, mostraban la etiopatogenia, clínica, curso, evolución, acompañantes, complicaciones y signos de alarma de la Dermatitis Atópica. Así como también, el uso adecuado de remedios caseros y su tratamiento (medidas de autocuidado y aplicación de corticoides tópicos)

Se usó la analogía entre enlucido y capa córnea, ladrillos y epidermis, para explicar que en la Dermatitis Atópica "el enlucido" se encuentra alterado y así cómo el albañil coloca el enlucido para proteger a los ladrillos, de la misma manera los padres y los niños deben aplicar cremas humectantes grasosas diariamente en la piel, para revertir la xerosis cutánea.

Asimismo, se utilizó la metáfora "la piel del niño atópico es enojona y sensible", para expresar la hiperreactividad cutánea que padecen los atópicos ante agentes externos (jabón,

detergentes, suavizantes, lanas) con una tarjeta relámpago que mostraba una imagen de un niño llorando y otro molesto en un subi-baja.

La experiencia del "niño guaje" fue extrapolada a la Dermatitis Atópica, generando el "niño esponja y su oasis". El cual simula la descamación, resequedad y fragilidad cutánea. Al hidratarlo recupera su fuerza, al igual que en la atopia, al humectar la piel ésta recupera también su fortaleza. Además se les indicó que así como el "niño esponja" está compuesto completamente de esponja, sus hijos están cubiertos por piel, por tanto se debe humectar toda la superficie corporal.

La "muñeca y la canasta de multiproductos", se trata de una muñeca de plástico a la cual se le pintó, dibujó y pegó materiales como cartulina, pintura..etc, para recrear lesiones infecciones como: mollusco contagioso, herpes, impétigo, tiña y abscesos. Además de las lesiones características de la Dermatitis Atópica: eritematosas, liquenificadas y eczematizadas. Seguidamente se les entregó un jarra azul (agua fría), una jarra roja (agua caliente) más una canasta que contenía diversos humectantes y emolientes (con y sin fragancia), jabones de tocador, sustitutos del jabón, corticoide de potencia media y alta en loción, crema y ungüento. Junto a otros elementos como talco, limón, alcohol, merthiolate, mentol y un pañuelo de algodón.

A los padres se les dio la orden de simular un baño con el agua y jabón correctos, aplicar un humectante y dependiendo de las lesiones: un antibiótico o corticoide tópico o compresas de agua. Se comprobó su aprendizaje mediante una hoja de cotejo o check list, para valorar si realizaron la tarea adecuadamente.

Para cerrar el taller, se les entregó un tríptico denominado "todo sobre la Dermatitis Atópica", que contiene 7 consejos útiles para los padres, las localizaciones más frecuentes, signos de alarma, una explicación breve sobre las características de esta enfermedad y el "sube y baja" del tratamiento para la Atopia. En su base se encuentran las medidas de autocuidado que deben ser practicadas por los padres siempre y en su eje los diferentes tipos de tratamientos, desde el control de la picazón hasta el uso de ciclosporina y metrotexate, mediante un degrade desde amarillo claro a rojo intenso para indicar la gravedad clínica.

3.9. ASPECTOS BIOÉTICOS

Los participantes del taller no estuvieron expuestos a ningún riesgo físico. Asimismo, se les informó el objetivo de las encuestas y la modalidad de la intervención educativa. Sobre todo, se les aseguró la confidencialidad de sus respuestas, cuyo análisis es netamente investigativo.

CAPÍTULO 4:

RESULTADOS

4.1. FACTORES DEMOGRÁFICOS

De las 189 historias clínicas seleccionadas por cumplir los criterios de inclusión, se procedió a llamar vía telefónica e invitar a todos los cuidadores por paciente: 66 no contestaron, 27 se negaron, confirmaron la asistencia 48, pero acudieron cuidadores de 26 pacientes.

Se realizaron 4 talleres, los días sábados en la mañana con una duración aproximada de 3 horas, en el "Patio del Arupo" localizado en el Centro de la Piel (CEPI). Hubo una participación total de 50 cuidadores. Al primer taller asistieron 19 cuidadores, al segundo 12, al tercero 10 y finalmente al cuarto 9.

Según los 26 pacientes, concurrieron entre 1 a 4 cuidadores por cada uno, el 50% fueron 2 cuidadores, 30.80% 1 cuidador, 3 familiares 15, 40% y 4 personas por niño con atopía que corresponde a 3,80%. De este modo, hubo una población global de 50 cuidadores, distribuidos en un rango entre 18 a 60 años, con una media de edad de 37 años.

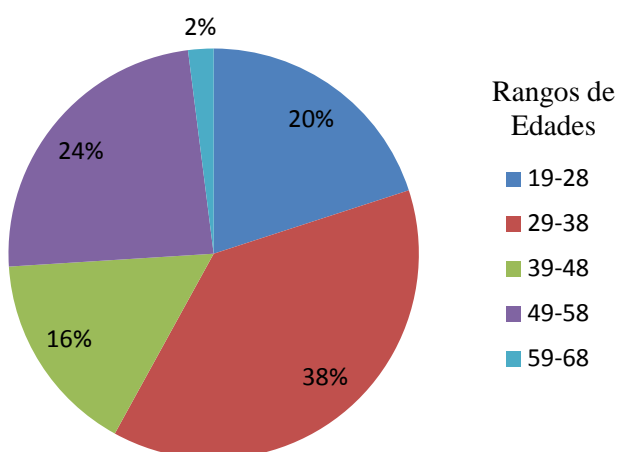
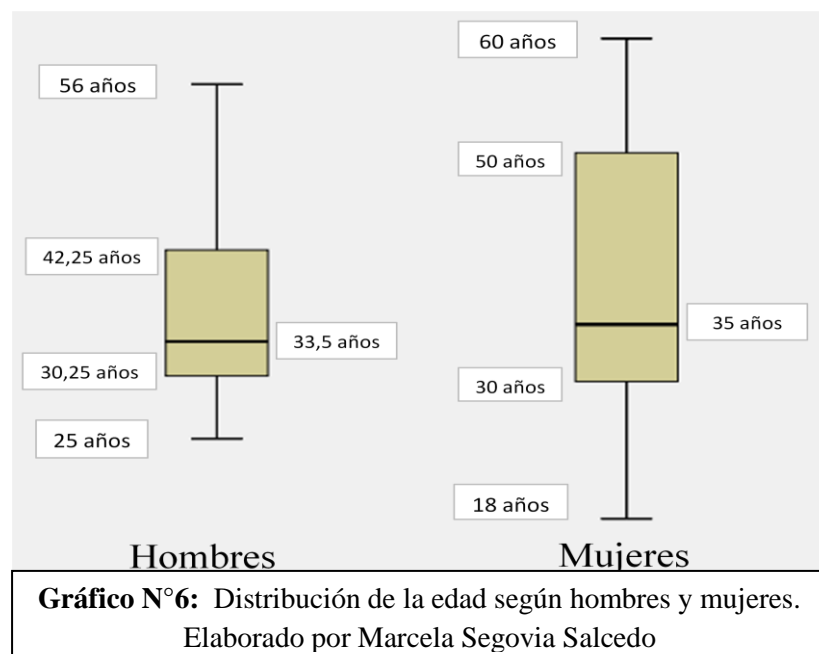
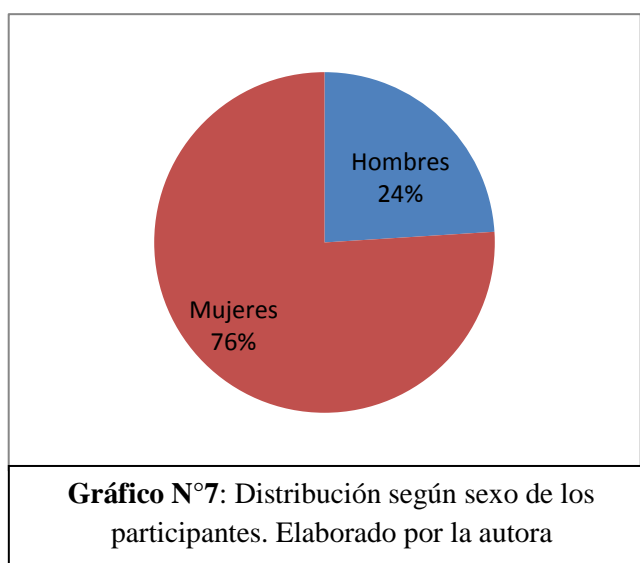


Gráfico N°5: Distribución de los participantes según rangos de edad.
Elaborado por la autora

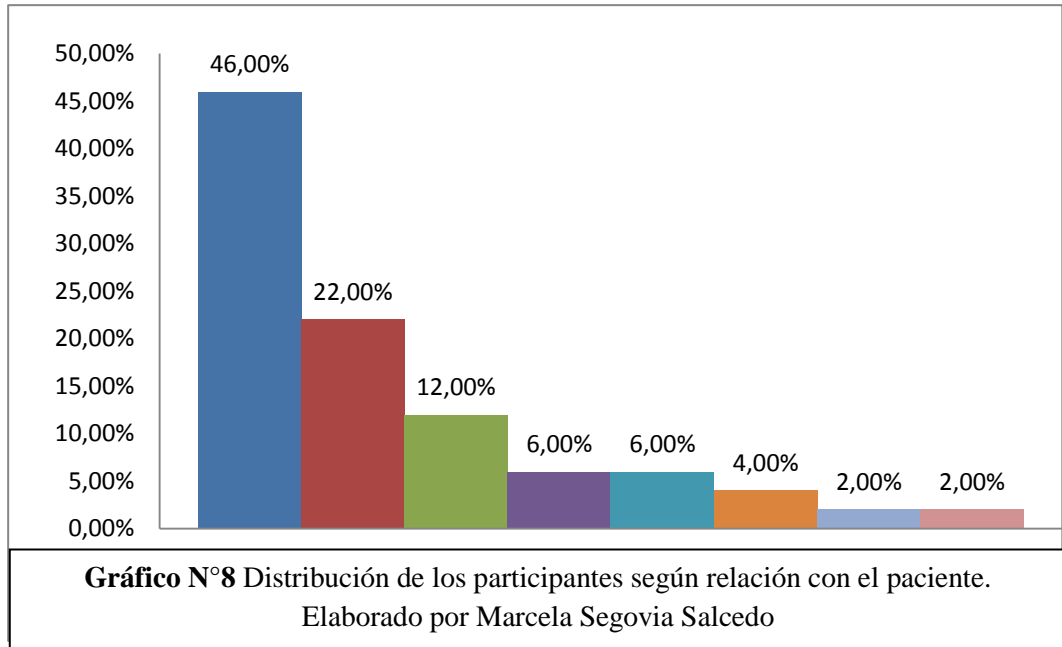
De acuerdo a la edad de los participantes, se desarrolló el siguiente gráfico que muestra la dispersión de los datos definidos según su sexo. Para los hombres, la edad mínima fue de 25 y la máxima de 56 años con una mediada de 33,5 años. Las mujeres en cambio, su edad mínima fue de 18 y máxima de 60 años, con una mediana de 35 años.



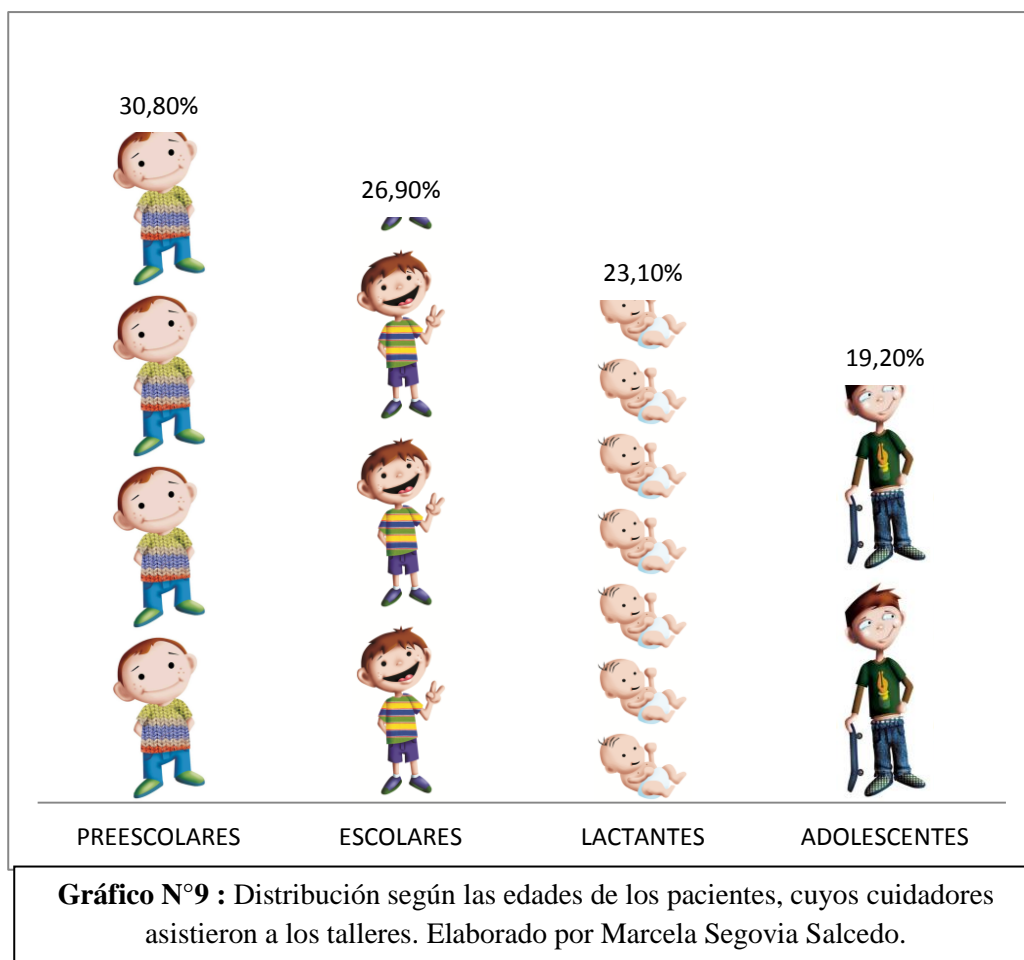
De los 50 participantes, 38 fueron mujeres (76%) y 12 hombres (24%), de instrucción primaria 10%, secundaria 40% y superior 50%. Su estado civil fue principalmente casados con un valor de 62%, seguidos de solteros 20%, divorciados y unión libre 8% y viudez tan solo 2%.



Concurrieron mayoritariamente madres (46%) y padres (22%), abuelas y abuelos (14%), tíos y tías (10%), hermanas (6%) y empleadas (2%). La presencia del sexo femenino fue predominante en todos los talleres.



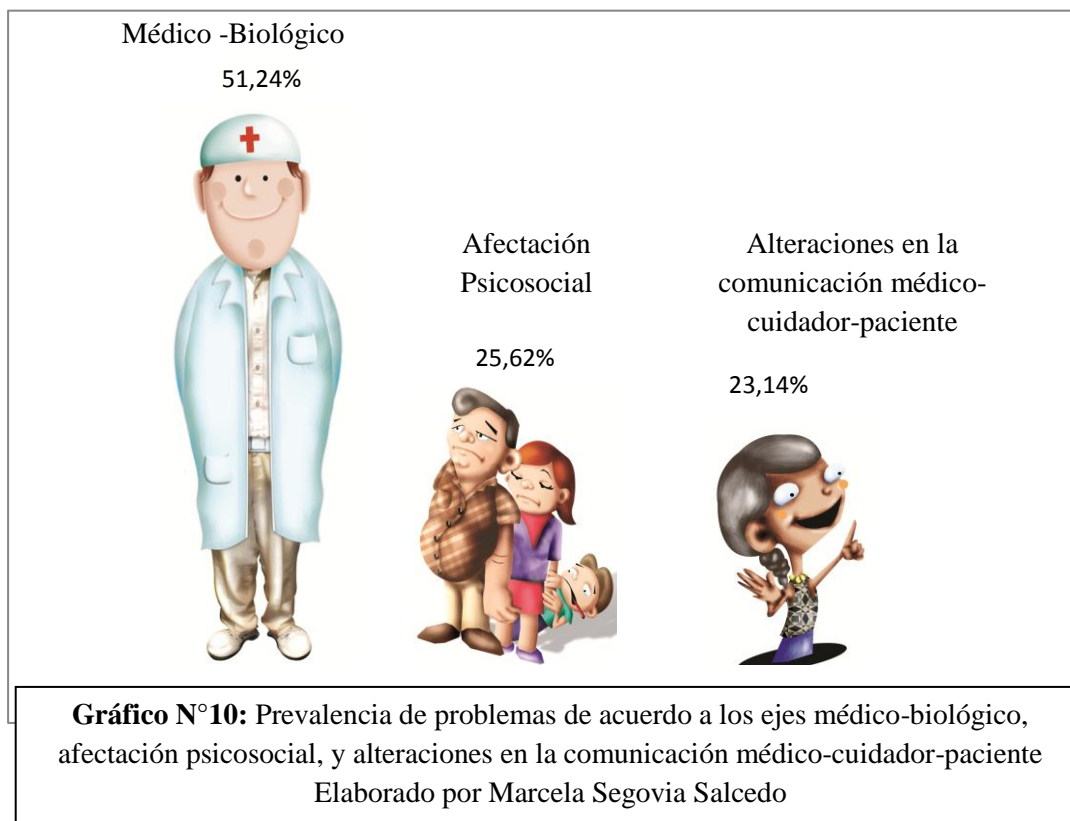
Las edades de los 26 pacientes con Dermatitis Atópica, cuyos familiares asistieron a los talleres fueron entre 7 meses a 18 años. El grupo más prevalente fueron los preescolares (30,80%), seguidos por escolares (26,90%), lactantes 23, 10% y finalmente adolescentes (19,20%)



4.2. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

4.2.1. ANÁLISIS DE LA HOJA DE PROBLEMAS

Se encontraron 121 problemas, los cuales fueron clasificados en tres ejes: médico-biológico, afectación psicosocial y alteraciones en la comunicación entre médico-cuidador-paciente. Se obtuvieron los siguientes porcentajes: 51,24% para el eje médico-biológico, 25,62% para la afectación psicosocial y 23,14% para la sección comunicación entre el médico-cuidador y paciente.



En la sección médica-biológica se obtuvieron los siguientes resultados según cada categoría:

1. Características de la enfermedad: 28, 10%
 - a. evolución y duración: 0,83%
 - b. prurito: 13, 22%
 - c. piel seca: 6,61%
 - d. lesiones :6,61%
 - e. nuevo brote: 0,83%
2. Diferentes tratamientos tópicos y sistémicos: 2,48%
3. enfermedades asociadas al Eczema Atópico: 3,31%
 - a. moluscos, picaduras de insectos, rinitis y herpes simple: 0,83%
4. Dificultad en la aplicación de las medidas de autocuidado: 17,36%
 - a. Cumplir el tratamiento.: 7,44%

- b. Uso de las cremas: 2,48%
- c. Ropa: 4,13%
- d. Alimentación: 3,31%

En el eje afectación psicosocial, los padres y cuidadores expresaron su problemática, donde la alteración del estado de ánimo de sus hijos fue del 9,92%, imagen personal negativa 4,96%, rechazo social 3,31%, baja autoestima 2,48%, alteración de la relación familiar y del sueño 1,65%, así como también limitación laboral y estrés con un 0,83%..

Bajo el tercer acápite: alteraciones en la comunicación entre médico-cuidador y paciente se encontró que el principal problema fue la "mediquitis"³ con un 7,44%, seguido de la deficiente concientización de la enfermedad con 6,61%, los altos costos de las medicinas 3,31%, tanto la falta de colaboración con el uso de cremas como importancia del tratamiento fue de 2,48% y preocupación por las consecuencias de la medicación 0,83%.

En la Tabla N°6 se enlistaron todos los problemas manifestados por los padres en orden ascendente. Donde el prurito, la alteración del estado de ánimo del paciente, la dificultad para cumplir el tratamiento, la "mediquitis", la piel seca y las lesiones de la atopia junto con la imagen personal negativa, fueron los que presentaron los más altos porcentajes (Gráfico N° 19)

³ Mediquitis: término creado por el Dr. Santiago Palacios, que significa: acudir a varios médicos por el mismo problema, lo que conlleva tener varias opiniones y tratamientos.

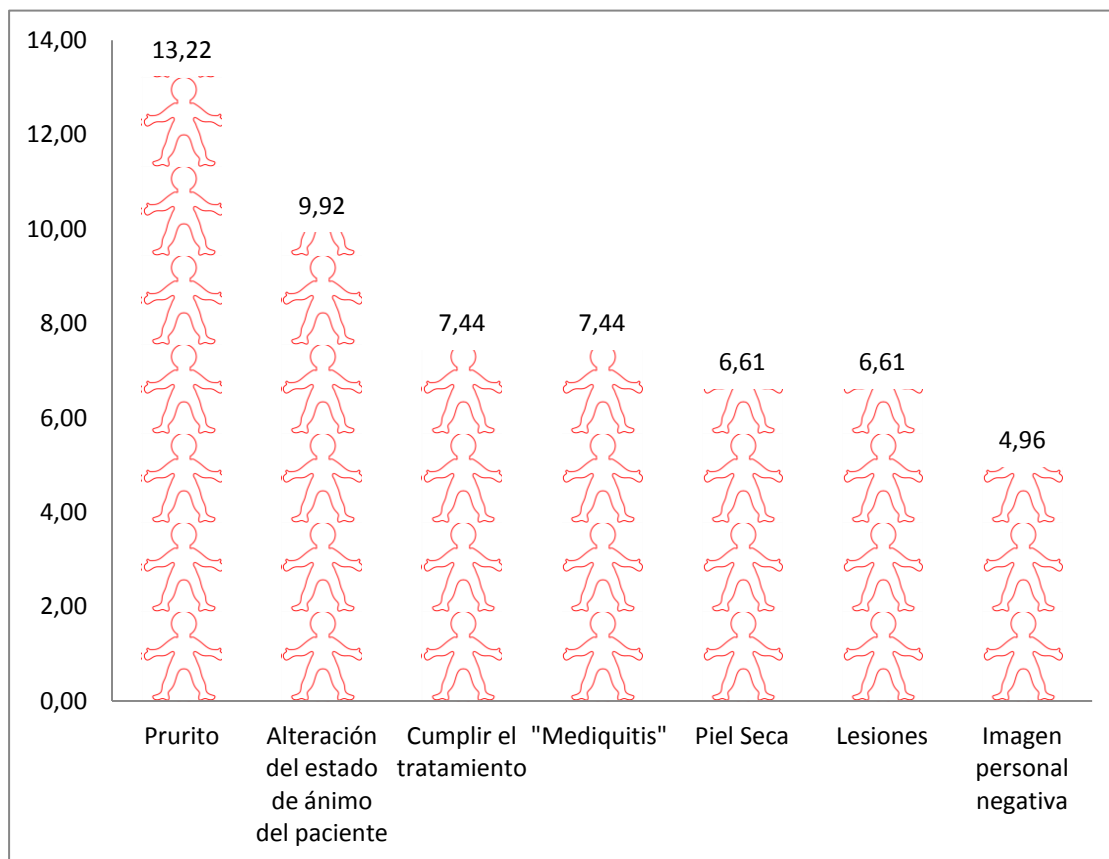
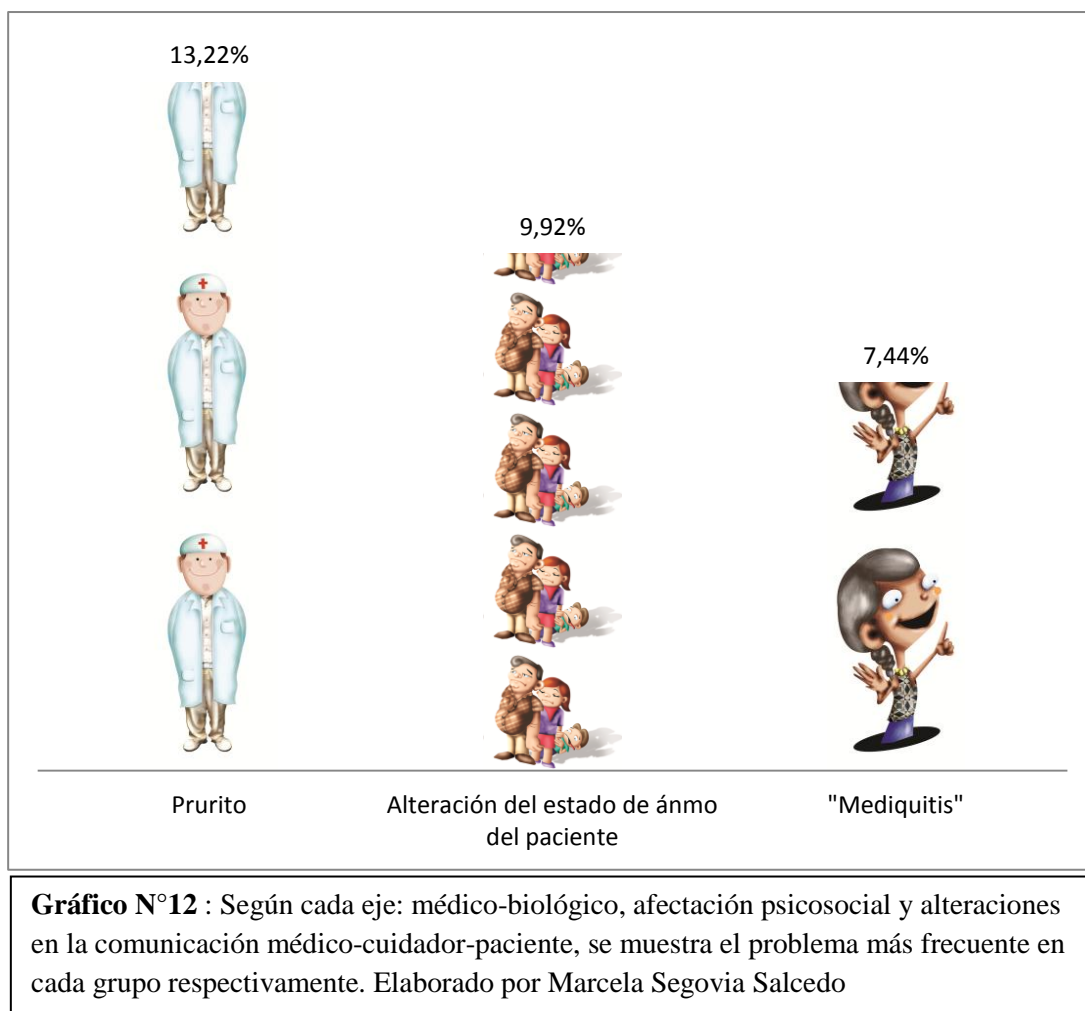


Gráfico N°11: Prevalencia de la problemática manifestada por los cuidadores, según porcentajes. Elaborado por Marcela Segovia Salcedo

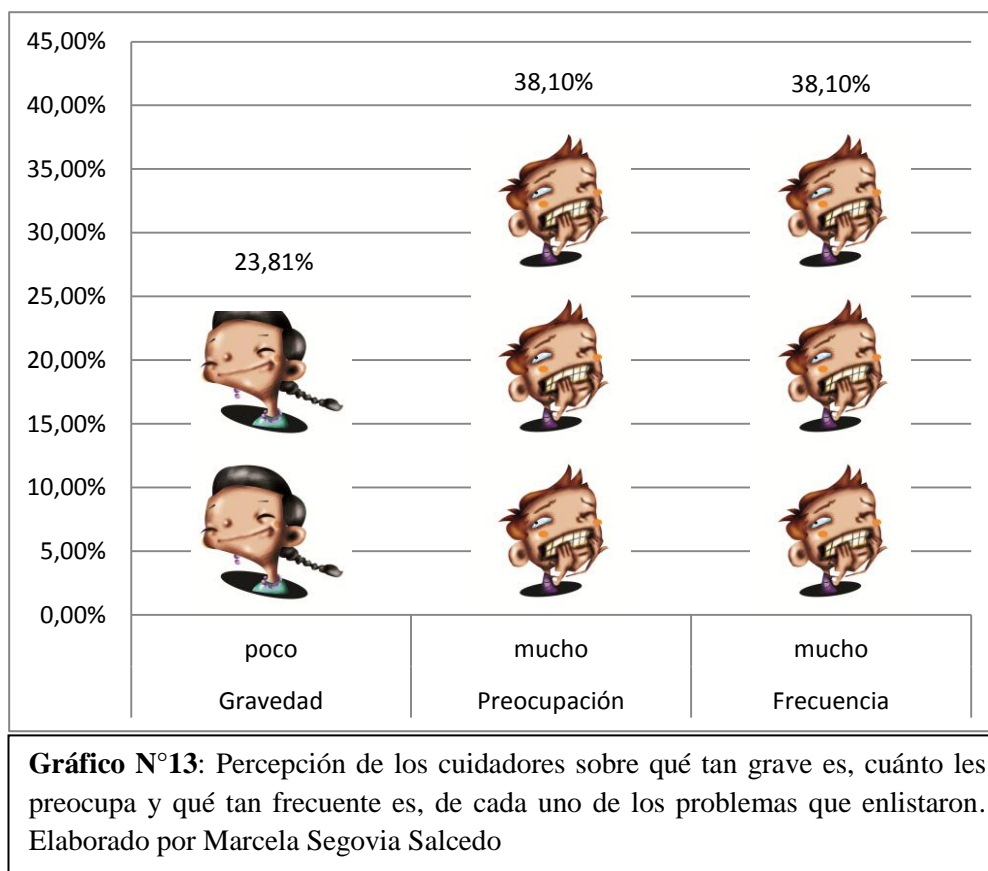
Orden	Problema	%
1	Prurito	13,22
2	Alteración del estado de ánimo del paciente	9,92
3	Cumplir el tratamiento	7,44
	"Mediquitis"	7,44
4	Piel Seca	6,61
	Lesiones	6,61
5	Imagen personal negativa	4,96
6	Ropa	4,13
	Deficiente concientización de la enfermedad	4,13
7	Alimentación	3,31
	rechazo social	3,31
	Costos Altos del tratamiento	3,31
8	Diferentes tratamientos tópicos y sistémicos	2,48
	Uso de las Cremas	2,48
	baja autoestima	2,48
	falta de colaboración con el uso de cremas	2,48
	Importancia del tratamiento	2,48
	Desconocimiento enfermedad	2,48
9	alteración relacion familiar	1,65
	Alteración del sueño	1,65
10	Evolución y duración	0,83
	Nuevo brote	0,83
	Enfermedades asociadas a la Dermatitis Atópica: mollucos contagiosos, herpes simple, picaduras de insectos, rinitis	0,83
	limitacion laboral	0,83
	Estrés	0,83
	Consecuencias medicación	0,83
Tabla N°8: Problemas exteriorizados por los cuidadores en orden ascendente.(celeste: eje médico-biológico, amarillo: afectación psicosocial, verde: alteraciones en la comunicación médico-cuidador-paciente.) Elaborado por la autora		

El siguiente gráfico N°20 muestra los problemas más prevalentes de acuerdo a cada eje. El prurito fue el contrariedad más frecuente en la sección médica-biológica (13,22%), la alteración del estado de ánimo del paciente con un valor de 9,92% en el eje sobre la

afectación psicosocial y la "mediquitis" (7,44%) como la problemática más frecuente en el acápite alteraciones de la comunicación médico-cuidador-paciente.



Respecto a la frecuencia, gravedad y preocupación que tienen por cada uno de los problemas enlistados, se encontró que los padres les importa "poco" la gravedad, pero "mucho" su frecuencia, así como también les genera "mucho" preocupación.

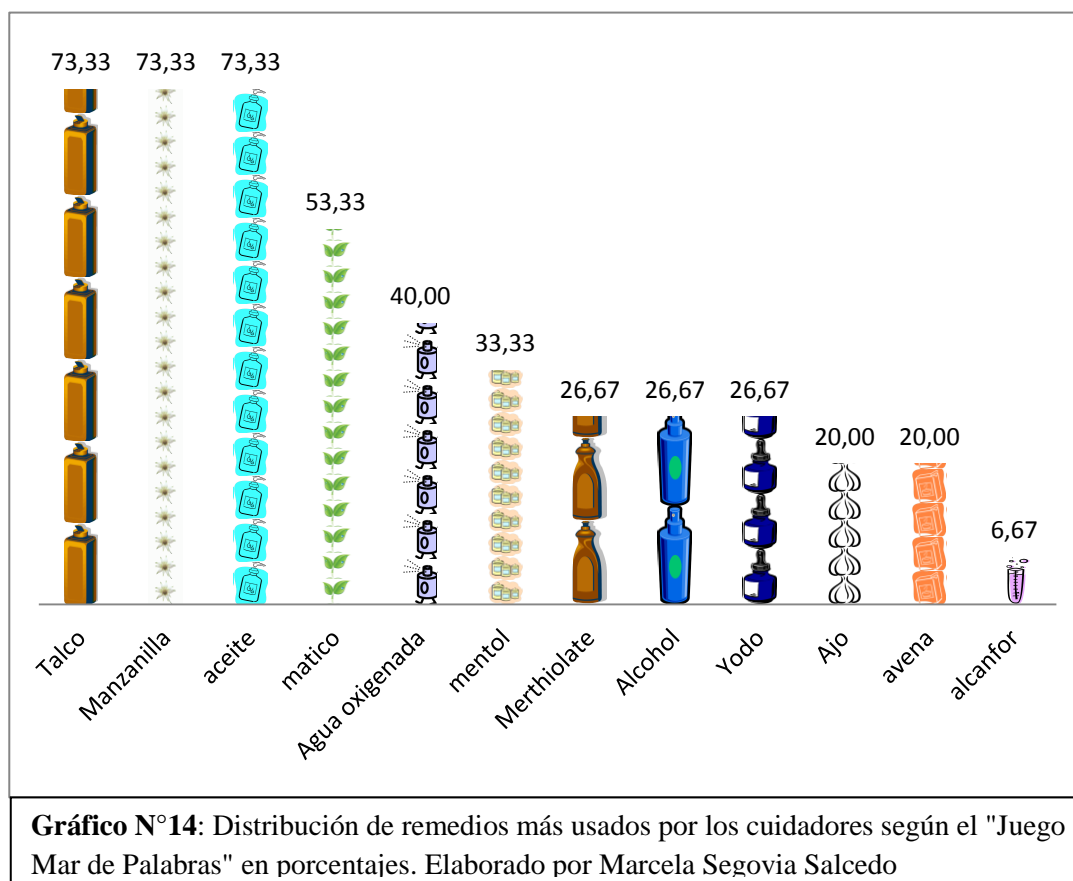


4.2.2. ANÁLISIS "JUEGO MAR DE PALABRAS", USO DE REMEDIOS CASEROS.

En cada funda entregada a cada grupo, existían 11 palabras que se referían a los remedios más frecuentemente usados: alcohol, agua oxigenada, manzanilla, merthiolate, yodo, ajo, alcanfor, talco, aceite, mentol y matico. Para cada uno se les pidió que completen cómo se usa, cuándo se usa y si funciona o no y por qué. Tres grupos aumentaron a su lista el uso de avena.

El gráfico N° 22 muestra los remedios más usados por los cuidadores, a la cabeza el uso de talco, manzanilla y aceite con 73,33%, seguido por matico con 53,33% y agua oxigenada con

40%, mentol 33,33%. Tanto merthiolate, alcohol y yodo obtuvieron el mismo puntaje con 26,67%.



El 73,33% de los cuidadores afirmaron usar talco en los pacientes atópicos y tan solo el 13% señaló que no debe usarse. De los que aplican talco el 54,54% refirió haberlo usado caliente y el 18,18% frío después del baño en la piel. Los padres indicaron que se debe usar "en sarpullidos, cuando la piel está irritada o cuando hay problemas de la piel" en 81,81%. De los que usaron talco en sus hijos el 45,45% afirmaron que funciona, pero un 36,36% indicó que no lo hace y un 18,18% en cambio muy poco.

Asimismo, el 73,33% de los participantes indicaron que han usado manzanilla y 53,53% matico como compresas en un 36,36% y 33,33% respectivamente. Para bañar a sus niños un 27,27% utilizaron manzanilla y 6,66% matico. Sobre sus beneficios, el 63,63% señalaron

que es "desinflamatoria" y además "calma la piel", en contraste con el agua de matico donde indicaron que es "cicatrizante y desinfectante" en un 33,33%. De acuerdo a su efectividad 36,36% indicaron que la manzanilla si funciona 28,27% versus el matico 33,33%; a veces 9% y 13% y no funciona 6,66% y 20% para la manzanilla y el matico.

Sobre el 73,33% que usaron aceite, todos lo utilizaron por la presencia de piel seca, donde el 33,33% respondieron que si funciona, 13,33% que no y 25,66% más o menos.

Respecto al uso de agente antisépticos más de la mitad lo usan especialmente, para "limpiar heridas y desinfectar" (93,34%) pero solamente el 0,6% especificó que no se usan en las lesiones de la Dermatitis Atópica.

4.2.3. ANÁLISIS DE LAS GRABACIONES A LOS CUIDADORES

La información obtenida en las grabaciones se las agrupó en 5 categorías: efectividad del taller, aplicación de medidas de autocuidado y tratamiento, metodología del taller, características de la Dermatitis Atópica y afectación psicosocial. Después se procedió a examinar la información mediante el análisis de discurso e ideología, de acuerdo a Daniel Prieto, lo cual se evidencia en la siguiente Tabla N°9.⁴

⁴ Para precautelar la identidad de los participantes, se usaron los nombres de acuerdo al calendario onomástico 2013.

Tabla N° 9: Análisis del discurso e ideología de los cuidadores recolectados mediante una grabación. Elaborado por la autora

CATEGORÍAS	TALLER 1	TALLER 2	TALLER 3	TALLER 4
Efectividad del taller	Idea Núcleo: Severino: "hemos aprendido", Rigoberto: "nadie nos ha explicado como nos han enseñado acá", Genoveva: "Yo he aprendido muchísimo, porque ningún doctor nos ha enseñado los que nos han enseñado acá". Bruna: "el taller me ha aclarado un montón de dudas"	Idea Núcleo: Pelagia: "uno no sabía que poner en la emergencia". Eusebia: "El saber que era eso (Dermatitis Atópica), porque a mí los médicos nunca me dijeron nada". Leopoldo: "Si hemos aprendido"	Idea Núcleo: Zacarías: "uno aprende más", Genaro: "Nos está ayudando en cosas que no se tenía entendido, al menos en esto de las cremas".	Idea Núcleo: Calixta: "A mí se sirve, porque muchas cosas no tenía conocimiento", Felicia: "aprendiendo bastante para mis hijos, aprendiendo algo que uno no sabía, reconociendo realmente cual es el problema".
	Modo de prédica: acción	Modo de prédica: acción	Modo de prédica: acción	Modo de prédica: acción
	Referencialidad: alta	Referencialidad: acción	Referencialidad: alta	Referencialidad: alta
	Análisis Ideológico: uniaccidentalidad significativa y apelación a experiencias decisivas	Análisis Ideológico: apelación a experiencias decisivas.	Análisis Ideológico: uniaccidentalidad significativa	Análisis Ideológico: uniaccidentalidad significativa, apelación a experiencias pasadas
Aplicación medidas de autocuidado y tratamiento	Idea Núcleo: Ágape: "le hace peor, le pica el jabón con olor", Concordia: "nada de cosas fuertes, ni alcohol, ni mentol. Es como si le pusieran una llama en la herida". Melania: "el niño con dermatitis atópica necesita un jabón neutro"	Idea Núcleo: Ernestina: "uno piensa que cualquier crema debe usarse, cuando lo importante es que la crema sea grasosa". Cándida: Nada de color, perfumes ni colorantes, el jabón tiene que ser neutro"	Idea Núcleo: Canisia: "Los medicamentos que le recetaban a la semana le pasaban y luego se ponía peor, ahora con los medicamentos con el Dr. X y la Dra. Y está mucho mejor, ya ni siquiera se está rascando"	Idea Núcleo: Rufina: "Nos ha gustado lo que vamos a usar, a veces usamos productos caseros y que puede hacerle un daño y estamos fregando al guagua. Sigisberta: "Tenemos que saber que productos tenemos que aplicar y cuáles no", Metodio: "hay que humectar la piel con cremas sobretodo las mas densas, que no tengan colores"
	Modo de prédica: acción	Modo de prédica: acción	Modo de prédica: acción	Modo de prédica: acción
	Referencialidad: alta	Referencialidad: alta	Referencialidad: alta	Referencialidad: alta
	Análisis Ideológico: uniaccidentalidad significativa y apelación a experiencias decisivas	Análisis Ideológico: Uniaccidentalidad significativa.	Análisis Ideológico: Apelación a experiencias decisivas	Análisis Ideológico: uniaccidentalidad significativa, apelación a experiencias pasadas
Metodología del taller	Idea Núcleo: Evarista: "taller práctico, instructivo e interesante", Eduviges: "no es solo la teoría", Crispín: "A mí sobretodo me encantó la comparación con la pared y la metáfora de la piel irritable y furiosa"	Idea Núcleo: Raineiro "palabras sencillas y claras, porque si hubiera utilizado términos medicos no hubiéramos entendido nada"	Idea Núcleo: Liberata: " charla interesante, bonita, educativa", Filemon: " sobre todo muy entendible"	Idea Núcleo: Benita: "Taller con consejos prácticos, todo el material didáctico es bueno para poder visualizar y darnos cuenta los problemas que tiene nuestros hijos. Los materiales que hemos utilizado como la muñeca nos hacen adentrar mas en el problema de nuestros hijos"
	Modo de prédica: estado	Modo de prédica: estado y acción	Modo de prédica: estado	Modo de prédica: acción
	Referencialidad: alta	Referencialidad: alta	Referencialidad: alta	Referencialidad: alta
	Análisis Ideológico: uniaccidentalidad significativa, apelación a experiencias decisivas, el todo expresado	Análisis Ideológico: Uniaccidentalidad significativa.	Análisis Ideológico: uniaccidentalidad significativa	Análisis Ideológico: uniaccidentalidad significativa, apelación a experiencias pasadas
Características de la Dermatitis Atópica	Idea Núcleo: Dionisia: " es muy claro que la piel es así, enojona e irritable"	Idea Núcleo: Melquiades: " esta enfermedad la hemos tenido años"	Idea Núcleo: Cipriano: "para uno que se tiene la enfermedad es de mucha ayuda, porque le ayuda a controlarse, cuando la piel se descascara o se pela la piel"	Idea Núcleo: Ubalдина: " aprendí que la piel es seca como una esponja y tengo que ponerle agua, hidratarle con crema", Celestina: "Reconocer en qué etapa es crónico, cuando está débil, cuando está fuerte y qué es lo que hay que hacer"
	Modo de prédica: acción	Modo de prédica: acción	Modo de prédica: acción	Modo de prédica: acción
	Referencialidad: alta	Referencialidad: media	Referencialidad: alta	Referencialidad: alta
	Análisis Ideológico: uniaccidentalidad significativa	Análisis Ideológico: todo expresado	Análisis Ideológico: uniaccidentalidad significativa	Análisis Ideológico: Todo expresado
Afectación Psicosocial	Idea Núcleo: Flavia: "Hemos compartido nuestras experiencias y penas, nos hemos confesado". Quintina: "me he sentido acompañada y ha sido una terapia psicológica"	Idea Núcleo: Faustina: "La enfermedad es una cosa pero la parte anímica de la persona y de los que vivimos alrededor es otra"	Idea Núcleo: Tiburcia: "estoy alegre porque me han enseñado" Chantal: "Todo le ponía, porque me decían que era sarpuillido y no." Ursula: "Antes mi hijito no tenía pelo y aquí ya tiene pelito. Yo me siento feliz"	Idea Núcleo: Hércules: " hay mucha gente que desconoce al igual que nosotros y esto nos ayuda, especialmente cuando somos papás, porque es terrible ver al hijo de uno con esas laceraciones. Uno lo que quiere es evitar eso"
	Modo de prédica: acción	Modo de prédica: acción	Modo de prédica: acción	Modo de prédica: acción
	Referencialidad: alta	Referencialidad: alta	Referencialidad: alta	Referencialidad: alta
	Análisis Ideológico: uniaccidentalidad significativa	Análisis Ideológico: todo expresado	Análisis Ideológico: apelación a experiencias decisivas, uniaccidentalidad significativa	Análisis Ideológico: apelación a experiencias pasadas

De esta manera, se descubrieron 5 áreas temáticas manifestadas por los padres: la afectación emocional que padecen por la Dermatitis Atópica de sus hijos, la malas experiencias entre ellos y los médicos, el reconocimiento de las verdaderas características de la enfermedad y el contraste entre el nivel de desconocimiento versus el aprendizaje obtenido.

4.2.4. ANÁLISIS DE LOS DIBUJOS

Una semana después de la intervención educativa, previa autorización de los padres, a los niños y niñas mayores de 7 años se les pidió realicen un dibujo sobre la Dermatitis Atópica y su cuidado, para valorar si hubo un cambio en el comportamiento de los padres o cuidadores respecto a las medidas de autocuidado.

Se recolectaron 9 dibujos (Ver Anexos) todos mostraron el uso de cremas humectantes, baños cortos con un jabón neutro y uso de ropa cómoda. Las madres fueron las protagonistas quienes aplicaban la crema a sus hijos. El uso de diversos colores y una diagramación llena de otros elementos como flores, sol, nubes y caras alegres, nos indican que aceptan la Dermatitis Atópica y son conscientes de sus cuidados.

4.3. INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

4.3.1. ANÁLISIS DE LA ENCUESTA PASECI MODIFICADA

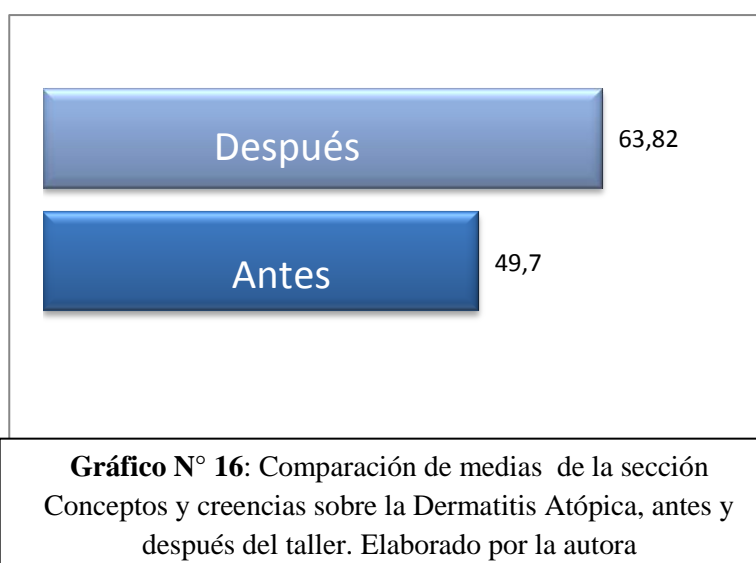
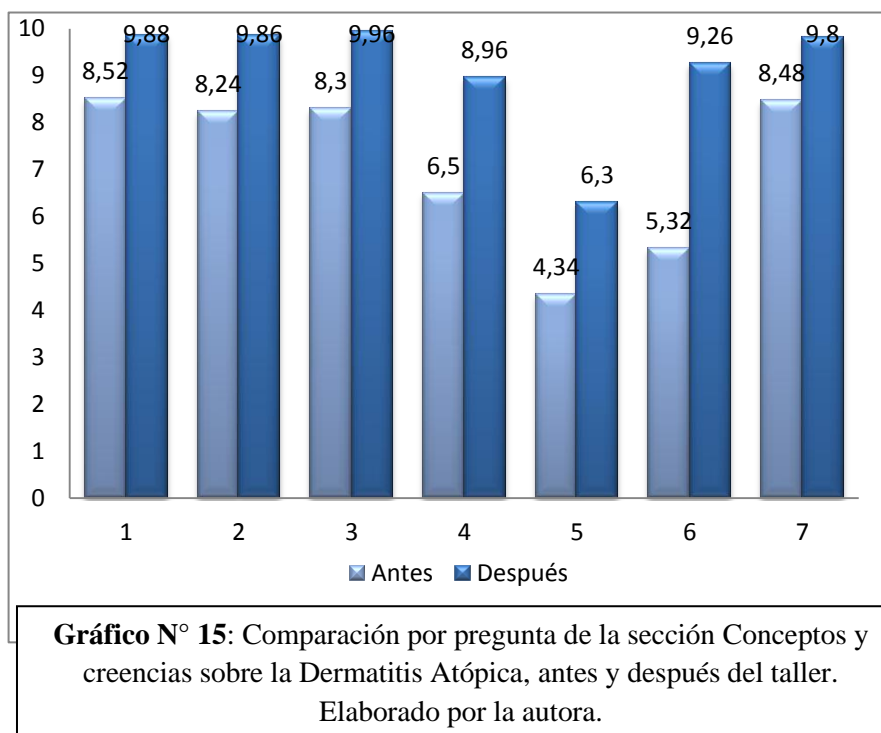
Los cuidadores antes de iniciar el taller respondieron individualmente la encuesta PASECI modificada y una semana después de la intervención, para valorar si hubo un aprendizaje significativo más mejoría de su manejo de la Dermatitis Atópica.

Para efecto de mostrar los resultados, se exponen el análisis de cada pregunta por sección comparado con su promedio, donde cada pregunta tiene un valor máximo de 10 puntos, seguido del diagnóstico Global.

Conceptos y Creencias en la Dermatitis Atópica

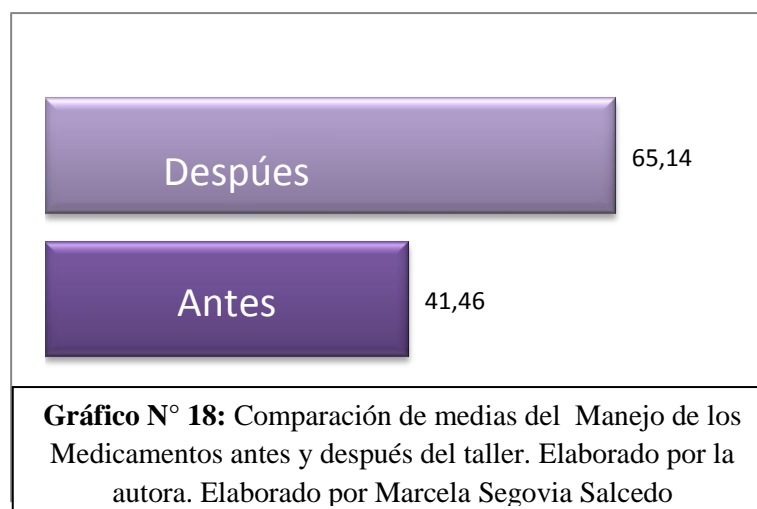
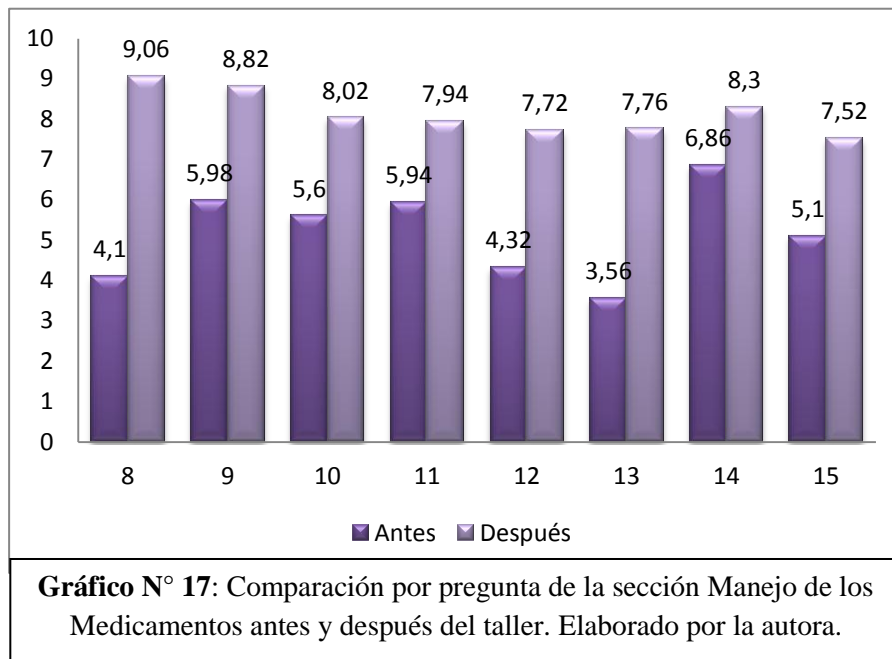
Se observa que los conceptos y creencias de los padres en general son buenos por encontrarse sobre la media. En todas las respuestas se observa un cambio antes y después del

taller, especialmente en las preguntas 4 y 6 (buen uso de remedios caseros y percepción de la enseñanza recibida por los médicos respectivamente). Esta sección estuvo valorada sobre 70 puntos. Los resultados obtenidos antes del taller fueron de 49,7 y después 63,82.



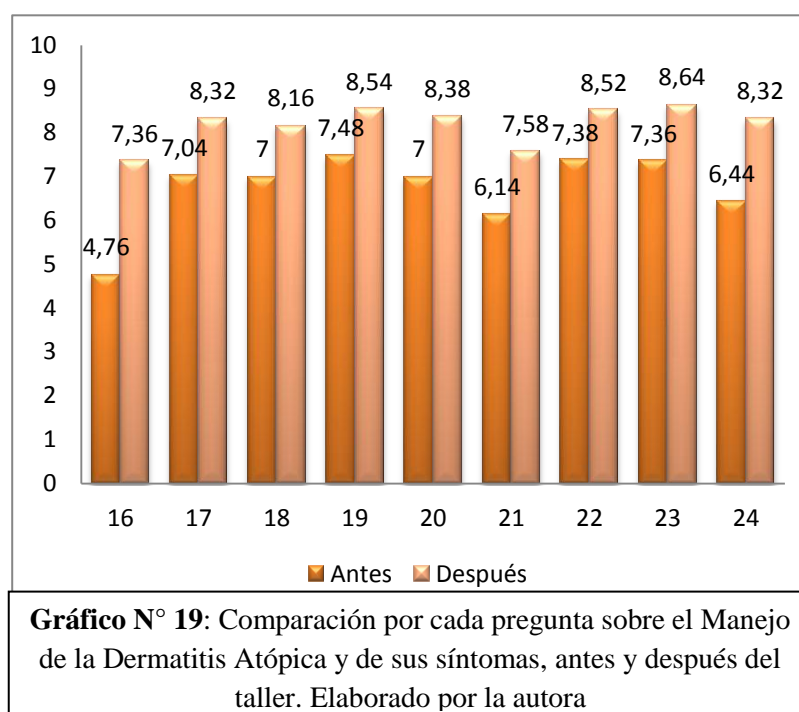
Manejo de los Medicamentos

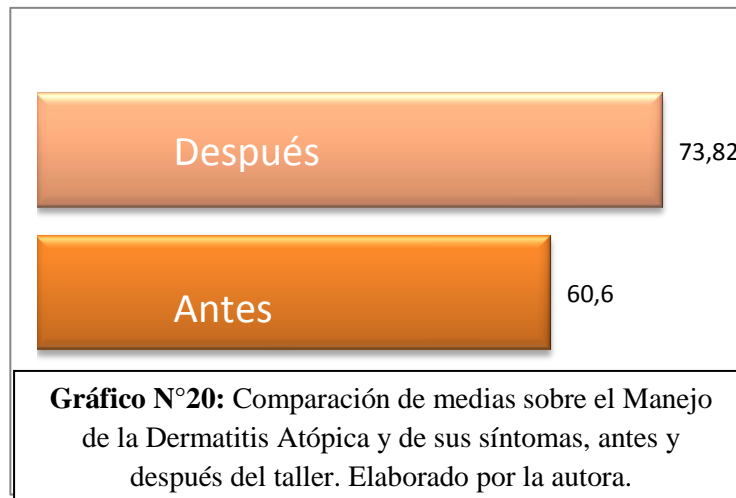
Los cuidadores antes del taller presentaron dificultades para manejar el tratamiento, después de la intervención mejoró sustancialmente, tanto para el uso de humectantes, antibióticos tópicos y cremas corticoesteroides, con una gran diferencia a favor para la pregunta 8 (Elección de una crema humectante apropiada para su hijo/a) El puntaje final de este acápite fue de 80. Los cuidadores obtuvieron un valor de 41,46 antes del taller y de 65,14 una semana después.



Manejo de la Dermatitis Atópica y de sus síntomas

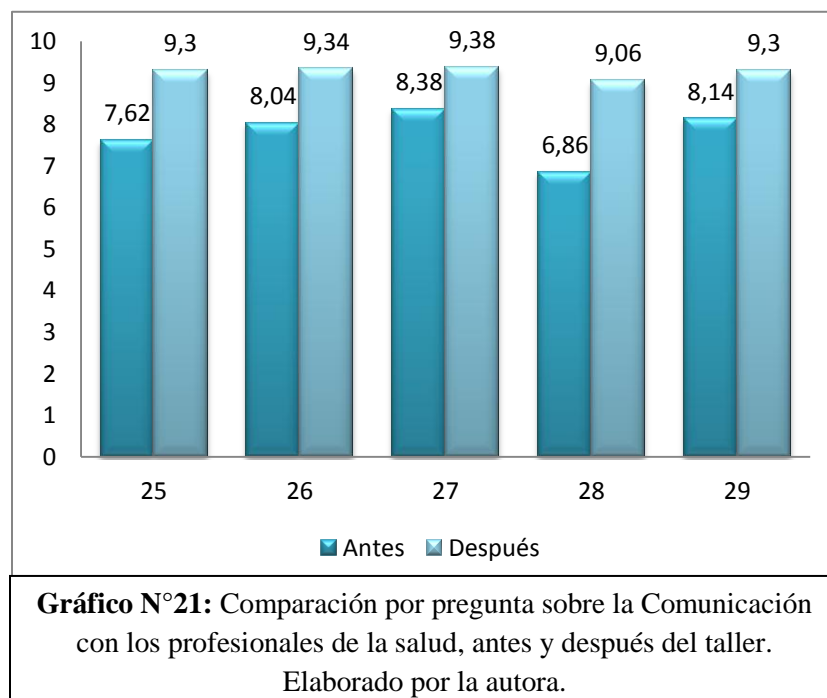
Los cuidadores mostraron sentirse moderadamente seguros para manejar los síntomas de la Dermatitis Atópica, excepto para la pregunta 16 (controlar que su hijo/a no se rasque para evitar mayores daños en la piel). Después de la intervención educativa-comunicacional todos los resultados apuntan hacia una seguridad en el manejo muy buena. El puntaje total que se le atribuyó a esta sección fue de 90. Los padres antes del taller obtuvieron un valor de 60,6 y después 73, 82.





Comunicación con los Profesionales de la Salud

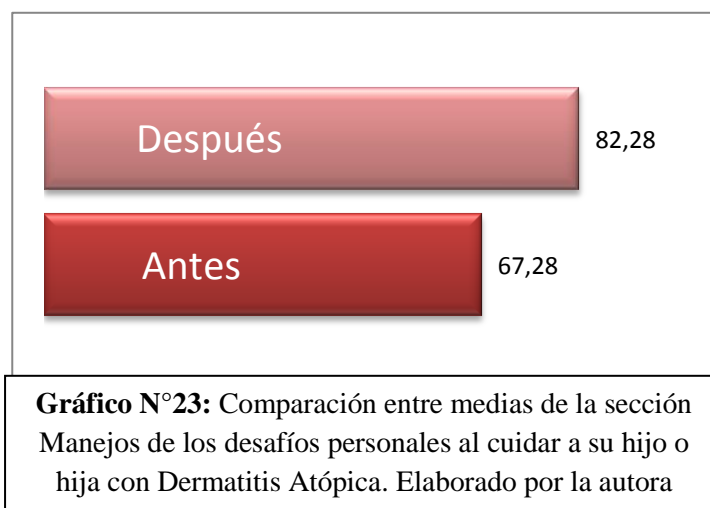
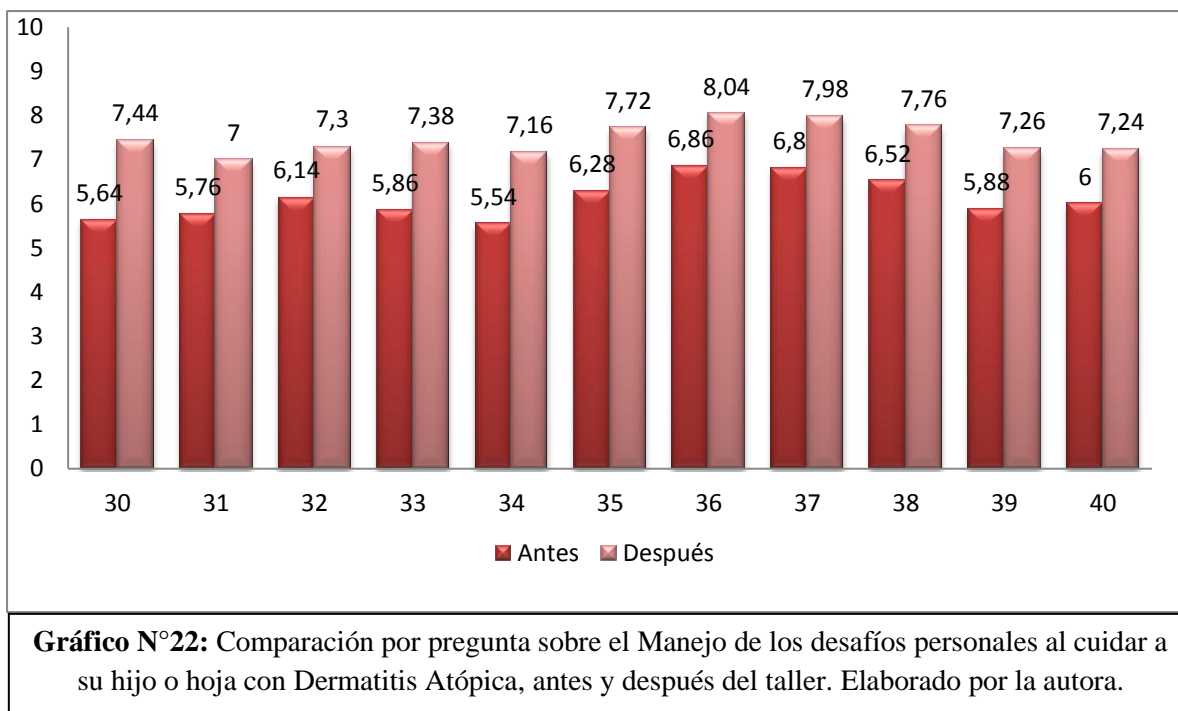
La relación médico-cuidador según la encuesta fue de buena a muy buena antes del taller y después excelente (valores superiores a 9). El mayor cambio se presentó en la pregunta 28 (Decirle al médico cuando usted no está de acuerdo con él/ella) después de la intervención educativa. El computo total fue de 50. Los cuidadores presentaron antes del taller 39,04 puntos y después del mismo 46,38.





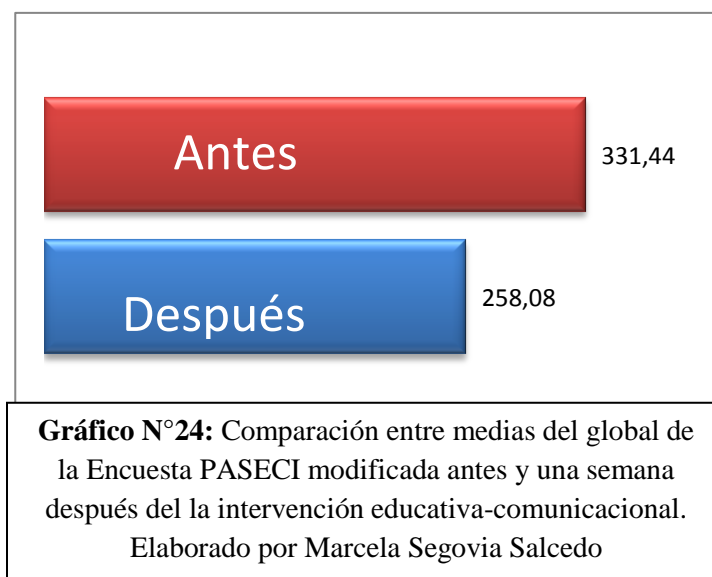
Manejo de los Desafíos personales al cuidar a su hijo o hija con Dermatitis Atópica

Al preguntarles a los padres con cuánta seguridad pueden manejar las lesiones de su hijo/a cuando se enfrentan a ciertos desafíos personales, se encontró que se sienten moderadamente seguros, especialmente para la pregunta 34 (cuando el cuidador se siente enfermo). Después del taller mejora su manejo en todas las preguntas y en mayor medida para la pregunta 36 (durante un feriado). La sección valía en total 110 puntos, donde los cuidadores antes del taller obtuvieron un puntaje de 67,28 y una semana después de 82, 28.



Análisis Global

La encuesta PASECI modificada tiene un computo total de 400 puntos. Antes del taller los resultados de los cuidadores fueron de 258,08 mientras que una semana después de la intervención educativa fue de 331,44.



Al comparar la encuesta antes y una semana después del taller, esta investigación demostró ser estadísticamente significativa con un valor de $p = 0,000$, con un intervalo de confianza de 95%.

Prueba de Muestras relacionadas									
		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (p)
		Media	Desviación Estándar	Error tip. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	encuesta antes del taller y encuesta después del taller	-73,36000	56,25952	7,95630	-89,34878	-57,37122	9,220	49	,000

Tabla N°10: Significancia estadística. Elaborado por la autora

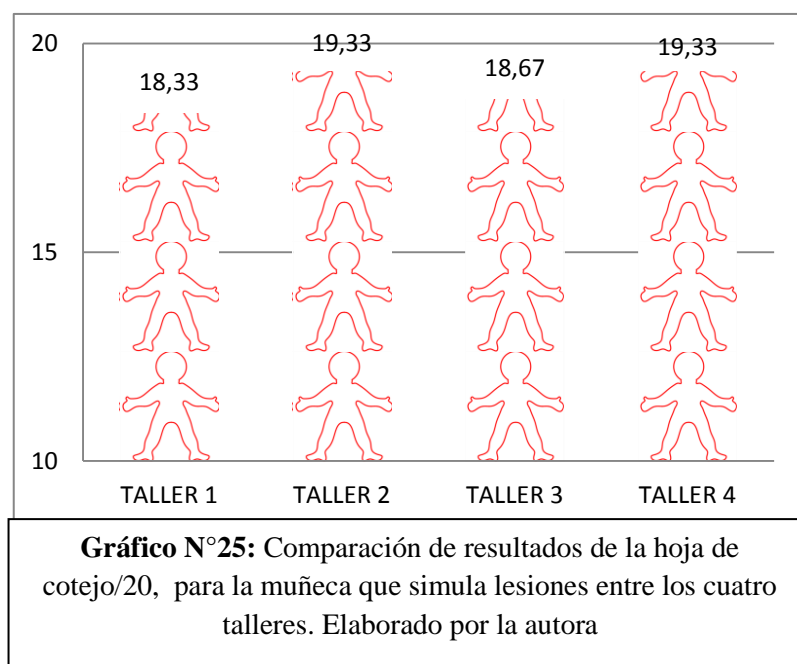
4.3.2. VERIFICACIÓN DE RESULTADOS A TRAVÉS DE UNA MUÑECA QUE SIMULA LESIONES.

La lista de cotejo fue diseñada para valorar si los padres o cuidadores, ante un caso-problema, pueden aplicar adecuadamente los conocimientos impartidos en el taller. A modo de test, la hoja estaba compuesta por 20 items, que evaluaba: el uso de medidas de

autocuidado (baños de agua templada y cortos, aplicación de cremas humectantes, jabones neutros); la identificación y aplicación correcta de productos acorde a las lesiones de atopia versus las infecciosas y la evitación de sustancias como alcohol, talco, limón.

Cada pregunta bien respondida equivalía a un punto, por lo que el puntaje total fue de 20. Se asignaron rangos para valorar la suficiencia de los cuidadores: excelente: 19-20; muy bueno: 18-17-16; bueno: 15-14-13; regular: 12-11 y malo: menor a 10.

El promedio total de los 4 talleres fue de 18,8 equivalente a muy bueno. El primer taller obtuvo un puntaje de 18,33; el segundo 19,33; el tercero 18,67 y el cuarto 19,33.



4.4. RESULTADOS MÁS IMPORTANTES

- Asistieron 50 cuidadores de 26 pacientes con Dermatitis Atópica, a 4 talleres de 3 horas cada uno, con un promedio de 12 participantes por taller.

- Acudieron en promedio 2 participantes por pacientes, cuyas edades comprendían la mayoría entre 29 a 38 años.
- Asistieron más cuidadores cuyos edades de sus hijos correspondían a preescolares y a escolares.
- Las 3/4 partes de la muestra fueron mujeres, donde las madres fueron el grupo más frecuente (46%), duplicando a la asistencia de los padres y cuadruplicando la de las abuelas.
- De los 121 problemas manifestados por los cuidadores, el prurito fue el más prevalente seguido por alteraciones del estado de ánimo del paciente, cumplir el tratamiento, "mediquitis", piel seca e imagen personal negativa.
- Los problemas relacionados al eje médico-biológico son 2 veces más frecuentes en contraste con la sección afectación psicosocial y alteraciones en la comunicación médico-cuidador-paciente.
- Para los padres los problemas les generan gran preocupación y les afecta su frecuencia más no su gravedad.
- 7 de cada 10 cuidadores han usado talco caliente, agua de manzanilla en compresas, y aceite para la piel seca. 5 de cada 10 padres utilizan agua de matico por sus efectos "cicatrizantes" y "desinfectantes". 3 de cada 10 padres han aplicado algún agente antiséptico sobre las heridas de sus hijos, pero solo 1 identificó que se usan en heridas pero no en las lesiones de la Dermatitis Atópica.
- La carga emocional que padecen los padres por la Dermatitis Atópica de sus hijos, es muy alta.
- La apelación a malas experiencias con los médicos fue un tema reiterativo en el análisis del discurso de los cuidadores..

- En todas las preguntas de la Escala PASECI modificada hubo cambios significativos posteriores a la intervención educativa-comunicacional.
- Las preguntas que sufrieron mayores cambios después del taller fueron: la 8 (elegir una crema humectante apropiada para su hijo/a), la 13 (Saber qué hacer si usted cree que las lesiones de su hijo/a se han infectado), la 6 (cuánto le han enseñado los médicos a tratar esta enfermedad), la 12 (Escoger la medicación adecuada si empeoran los síntomas de las lesiones de su hijo/a) y la 9 (Aplicar adecuadamente los humectantes en las lesiones de su hijo/a).
- Respecto a la evaluación práctica con una muñeca que simula lesiones, todos los grupos obtuvieron un puntaje de 18/20, indicando una muy buena suficiencia para distinguir y manejar las lesiones de la atopia versus las infectadas.

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

La Dermatitis Atópica afecta todas las esferas del ser humano: social, psicológica, afectiva y física, no solo del paciente sino también de su entorno. Al tratarse de niños, niñas y adolescentes con Eczema Atópico, son sus cuidadores quienes sufren además de ellos, toda la carga que representa esta enfermedad. (Carroll et al., 2005; Chamlin et al., 2004; Chamlin, 2006)

El manejo de la Dermatitis Atópica es muy complejo, ya que los padres actúan como intermediarios entre el profesional de la salud y el paciente. (Hummelinck & Pollock, 2006). Se requiere por un lado que los padres o cuidadores comprendan, acepten y manejen adecuadamente la enfermedad de sus hijos, acorde a su cultura y creencias. Por otro lado, los médicos deben estar lo suficientemente capacitados, para educar a los padres tanto sobre la naturaleza de la enfermedad, como también sobre su tratamiento y ofrecerles el tiempo necesario para cumplir estos objetivos.

Ha sido ampliamente comprobada la insuficiencia de la consulta médica promedio de 15 minutos, para englobar toda la temática y terapéutica de ciertas enfermedades crónicas como el asma y la diabetes, al igual que en la Dermatitis Atópica. (Broberg, Kalimo, Lindblad, & Swanbeck, 1990; Eichenfield et al., 2003; Lapsley, 2006) . La solución es consolidar estrategias educativas diseñadas para los cuidadores, donde no solo aprendan contenidos específicos sino también adquieran destrezas, cuyo objetivo final sea "aprender a aprender"⁵. (Estévez, 2002). Propuesta desarrollada en esta investigación.

⁵ Aprender a Aprender: corresponde al paradigma del aprendizaje significativo, que es a base teórica del constructivismo. En esencia, es el sujeto el que asume en última instancia las competencias para aprender por sí mismo y resolver los problemas (metacognición).

La muestra total de participantes fue de 50 cuidadores, 3 veces más pequeña que en el estudio: "*Evaluation of parental training program for the management of childhood atopic dermatitis*"⁶, donde participaron 145 familias.(D Staab et al., 2002) Sin embargo, constituye más del doble de una investigación cualitativa en padres de niños con enfermedades crónicas. (Hummelinck & Pollock, 2006)

La participación femenina en los talleres fue masiva, tres veces más que la de los hombres, donde las madres fueron la clase de cuidador mas prevalente. Resultados esperados ya que las madres son los principales cuidadores de los niños pero no las únicas. Llama la atención la presencia de los padres en segundo lugar, seguida de abuelas, hermanas y tías e inclusive hubo la asistencia de una empleada doméstica. Otras investigaciones europeas no toman en cuenta el rol del resto de cuidadores (D Staab et al., 2002) quizás porque presentan en su mayoría familias de tipo nuclear, a diferencia de Latinoamérica donde todavía existe la familia ampliada y la familia extensa. (Armas Guerra & Díaz Muñoz, 2007a)

Acudieron cuidadores de 26 pacientes, cuyas edades comprendían entre 7 meses a 18 años, datos similares a otros estudios realizados en poblaciones pediátricas. (Kupfer et al., 2010; D Staab et al., 2002; Doris Staab et al., 2006; Wenninger et al., 2000). Por otro lado, 3 de cada 10 padres que asistieron, sus hijos eran preescolares; 2,6 de cada 10 fueron escolares; 2,3 de cada 10 lactantes y 1,9 de cada 10 padres, adolescentes. A pesar que, el promedio de edad de los pacientes fue de 7 años, del grupo escolares, hallazgo cercano al obtenido en la investigación "*Structured education program improves the coping with atopic dermtitis in children and their parents*"⁷, donde la media de edad fue de 9,85 años. (Kupfer et al., 2010).

⁶ Traducción: Evaluación de un programa de entrenamiento paterno para el manejo de la dermatitis atópica de sus hijos.

⁷ Traducción al castellano: Programas de educación estructurados mejoran el afrontamiento sobre la Dermatitis Atópica en padres y en sus hijos.

Cuando los padres manifestaron los problemas que sufren con la Dermatitis Atópica, más de la mitad fueron los relacionados al eje Médico-Biológico, es decir: sobre la naturaleza de la enfermedad, la dificultad en aplicar los diferentes tratamientos y las medidas de autocuidado. Resultados mayores a los encontrados en el estudio cualitativo denominado: "*Parents' information needs about the treatment of their chronically ill child: A qualitative study*"⁸, donde el 40% de los padres indicaron que querían saberlo todo sobre la enfermedad del niño. (Hummelinck & Pollock, 2006)

Las dificultades asociadas a una afectación psicosocial ocuparon el segundo lugar, donde el problema más frecuentemente expresado por los padres fue la alteración del estado de ánimo de sus hijos con un 9,92%, que confirman otros hallazgos sobre modificaciones en el comportamiento de los niños y adolescentes atópicos como: irritabilidad y dificultades disciplinarias. (Dahl, Bernhisel-Broadbent, J Scanlon-Holdford, Sampson, & Lupo, 1995). Se destaca, que los cuidadores en esta investigación asignaron al trastorno del sueño en quinto lugar, a diferencia de lo señalado por Susan Lewis-Jones en su revisión titulada: "Quality of life and childhood atopic dermatitis: the misery of living with childhood eczema"⁹ que ubica al sueño como la principal afectación psicosocial. (Lewis-Jones, 2006)

Respecto al tercer eje: alteraciones en la comunicación médico-cuidador-paciente, se demuestra que la "mediquitis" es lo que más les afecta. Tanto por los múltiples médicos involucrados en el manejo de la Dermatitis Atópica (dermatólogo, pediatra, alergólogo) como por la diversidad de tratamientos indicados por los profesionales de la salud versus los medicamentos que los padres pueden adquirir en una farmacia (cosmecéticos y no cosmecéticos).

⁸ Traducción: Necesidades de información de los padres sobre el tratamiento de sus hijos crónicamente enfermos: un estudio cualitativo.

⁹ Traducción: Calidad de vida y Dermatitis Atópica en la infancia: la Miseria de vivir con Eczema Atópico en la niñez

El prurito fue el mayor problema entre los 121 manifestados por los padres, que coincide con varias revisiones sistemáticas, donde el ciclo prurito-rascado afecta no solamente a los pacientes pediátricos atópicos sino en gran medida a sus padres. (Ersner & Nicol, 2012; Sj et al., 2009; Zambrano et al., 2003)

EL uso de remedios caseros fue generalizado en esta investigación donde el 70% de los padres habían usado talco caliente, aceite o agua de manzanilla y el 30% restante: agua oxigenada, mentol, alcohol, merthilate, ajo. Datos mayores a los sugeridos por Doris Staab, en el estudio: *"Evaluation of parental training program for the management of childhood atopic dermatitis"*, donde el 57 % de los padres afirmaron haber usado una terapia poco convencional. (D Staab et al., 2002). Según, Susan Lewis-Jones el 54% de los padres usan terapias alternativas dado por la falta de eficacia de las terapias convencionales y un 17% por los posibles efectos adversos del tratamiento. (Lewis-Jones, 2006)

Se destaca además, el uso generalizado de agentes antisépticos sobre las lesiones cutáneas (entre 4 a 3 de cada 10 padres los usan) , que sugiere la creencia por parte de los padres que las lesiones de la atopia son producto de una infección y por tanto deben ser "desinfectadas". Es importante mencionar el papel que juega la religión en este aspecto, ya que en nuestro contexto social, aún vivimos "las abominaciones del levítico", donde "las sarnas" o cualquier lesión cutánea es vista muchas veces como: un pecado o una maldición, donde las personas que las padecen, deben por tanto, limpiarlas. (Sola, 2013)

Cuando se les preguntó cuán contagiosa y que tan relacionada a los hongos es la Dermatitis Atópica (pregunta 1 y 2 de la encuesta PASECI modificada), en un 14,8% afirmaron que era contagiosa en alguna medida (en un rango entre 1 a 10, donde 0 era nada contagiosa y 10 muy contagiosa) y un 17,6% causada por hongos. Después de la intervención disminuyó a

1,2%. y 1,4% para las preguntas 1 y 2, respectivamente. Lo que nos confirma la fuerte influencia cultural que existe en la atopia, que mejoró notablemente con los talleres, pero que persiste, a pesar de ésta.

El análisis del discurso de los padres mediante las grabaciones, clarificó su problemática. Según Segismunda: "Me he sentido acompañada, que no le pasa solamente al hijo de uno. Sentirse identificado". Ágape: "Ha sido una terapia psicológica, nos hemos confesado". Asimismo, Dionisia: "Hemos compartido nuestras penas y nuestras experiencias, hemos compartido con otras señoras". El taller sirvió por tanto, de catarsis y terapia grupal. Según Williams, el hecho que los padres compartan con otros sus experiencias en un ambiente amigable, les genera grandes beneficios en su salud psicológica.(H. C. Williams, 2006)

El impacto de la Dermatitis Atópica en los padres es tan alta, que al referirse a ella, usan términos indirectos para identificarla como: " el saber que era eso", "ese si es el problema nuestro" o "entender toda la cosa". Afectación expresada de igual manera ante la uniacentalidad significativa del siguiente mensaje. Flavia: "Porque es terrible ver al hijo de uno con esas laceraciones, uno lo que quiere es evitar eso". Agripina: "Yo le veía a mi hija, yo mar de lágrimas, a mi me desespera ver como ella se rascaba y se aruñaba". Agnofleda: "A veces ya la desesperación hace optar por otras cosas".

Esta información revela, que las familias cuyos hijos o miembros padecen de Dermatitis Atópica se encuentran en crisis, de tipo no normativa y de pérdida, en fase de resolución y etapa de readaptación disfuncional. Donde las familias no han logrado adaptarse al evento estresante por lo que sus integrantes manifiestan sentimientos de frustración, desesperación, angustia. Y el núcleo familiar: incapacidad para hablar de ciertos temas y aislamiento social. (Armas Guerra & Díaz Muñoz, 2007b)

Más aún, cuando se les preguntó en la encuesta qué tan difícil es para usted manejar la enfermedad de su hijo/a (pregunta 5). Antes del taller, fue de 56,6% y después 37%.Hubo cambio pero no fue lo suficientemente amplio. Confirmándose una vez más, el nivel de afectación que tienen los cuidadores por la atopía de sus hijos.

La segunda temática más comentada por los padres fue la apelación a malas experiencias con los médicos anteriores al Centro de la Piel (CEPI). Amalberga: "En ningún sitio, nos han tratado como nos han tratado acá. Nadie nos ha explicado cómo nos han enseñado acá. No hay un espacio así, que nos enseñe a convivir con la enfermedad". Absalón: "A mí los médicos nunca me dijeron nada". Acindina: "Cuando recién no sabía, cuántos años atrás, me decían que le ponga almidón, yo todo le ponía, porque me decían (refiriéndose a los médicos) que era sarpullido y no". Emérita: "Los medicamentos que le recetaban a la semana le pasaban y luego se ponía peor, pero ahora con los medicamentos con el Dr. X y la Dra. Y, está mucho mejor ya ni siquiera se está rascando". Igualmente Epistema: "ningún Doctor no ha enseñado lo que nos han enseñado acá".

Las malas experiencias con los médicos pueden originarse en la pobre comunicación entre el profesional de la salud y el cuidador. Dado quizás por la falta de destreza del médico para impartir conocimientos, así como también porque resta importancia a las necesidades educacionales de los padres. (Lapsley, 2006). Si éstas necesidades son insatisfechas los cuidadores buscarán otras fuentes y su conocimiento se distorcionará. (E. a Holm, Esmann, & Jemec, 2005)

La información médica insuficiente prestada por los galenos contrasta con la variedad de mensajes existentes en el internet, revistas, medios de comunicación, redes sociales y

amigos o familiares cuya calidad es un problema en el 70% de los casos. (Ersser & Nicol, 2012)

De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, gracias a esta "desinformación" los cuidadores son "asaltados por la mediquitis" (el cuarto problema más frecuente en este estudio y el principal del tercer eje temático). Visitan a varios médicos, reciben más información que les genera más confusión respecto al tratamiento, que deriva en sentimientos de frustración, ansiedad, así como también pérdida de dinero. Optan por probar otro tipo de remedios como ajo, limón, talco caliente que pueden actuar como agentes agravantes del Eczema Atópico de sus hijos. (Lawson et al., 1998; Lewis-Jones, 2006)

Al preguntarles cuánto le han enseñado los médicos de su hijo/a a tratar esta enfermedad (pregunta 6, valorada de 0 a 10, donde 10 equivale a que le han enseñado mucho y 0 nada). El promedio de los padres antes del taller fue de 4, 34/10, y después de 6,3/10. Indicándonos que todavía existen algunas necesidades de aprendizaje. Hubo el caso de una madre quien manifestó: "hablan en alguna parte del taller sobre el estado de ánimo, la parte psicológica de los que están enfermos, porque la enfermedad es una cosa pero la parte anímica de la persona es otra".

Finalmente, la presente intervención educativa-comunicacional demostró su efectividad tanto a nivel cualitativo como cuantitativo. Bajo la primera perspectiva, los padres bajo una misma ideología tipo uniacentualidad significativa señalaron. Erlinda: "hemos aprendido". Justiniana: "Estoy alegre porque a mí me han enseñado". Demetria: Aprendiendo bastante para mis hijos, aprendiendo algo que uno no sabía, reconociendo realmente cual es el problema".

El manejo de las medidas de autocuidado (uso rutinario de humectantes grasosos y de jabones neutros, evitar desencadenantes, baños cortos, ropa de algodón) fueron concientizadas por los cuidadores. A nivel cualitativo expresaron lo siguiente. Rogelio: "El jabón que tiene olor es malo, le hace peor, tiene que ser sin olor ni color". Salvia: "hay que humectar la piel con las cremas sobretudo las más densas, que no tengan colores". Ruperta: "Tenemos que saber que productos podemos aplicar y cuáles no". De acuerdo a la encuesta, la sección que sufrió mayores cambios fue la de manejo de los medicamentos, donde la pregunta 8 (elegir una crema humectante grasosa apropiada para su hijo/a) duplicó sus valores posteriores al taller, asimismo como la pregunta 12 (escoger la medicación adecuada si empeoran los síntomas de las lesiones de su hijo/a).

Según la encuesta PASECI modificada, hubo cambios significativos en todas sus preguntas una semana después del taller, cuyos resultados totales fueron de 258,08/400 puntos a 331,44/400 puntos, confirmándose un aprendizaje significativo de los padres.

Respecto a la metodología del taller, el discurso de los padres fue el siguiente. Heráclita: "Todo el material didáctico fue muy bueno para poder visualizar y darnos cuenta los problemas que tienen nuestros hijos, los materiales que hemos usado como la muñeca nos hacen adentrar más en el problema de nuestros hijos". Dominga: "Palabras sencillas y claras, porque si hubiera usado términos médicos no habiéramos entendido nada". Dorotea: "A mí me encantó la comparación con la pared, esa forma súper didáctica de aprender y también la metáfora de la piel irritable y furiosa". Se resalta además, las muy buenas calificaciones de los padres en la evaluación con la muñeca, que fue de 18,8/20.

Resultados igualmente satisfactorios comparados con otras investigaciones, donde una enfermera mostraba cómo aplicar cremas humectantes y corticoides tópicos. Acción

realizada en el taller en la evaluación práctica con la muñeca que simula lesiones, donde tuvieron la oportunidad de conocer y experimentar con diversos productos tópicos. (M. Cork & Britton., 2003; E. a Holm et al., 2005; E. Moore et al., 2006; Nicol & Ersser, 2010; Schuttelaar et al., 2010)

La relevancia del estudio radica en la complementariedad de una investigación cualitativa y cuantitativa denominada investigación-acción. A pesar que existen otras investigaciones cualitativas, esta es la primera enfocada exclusivamente a Dermatitis Atópica y que promueve estrategias de afrontamiento hacia los padres y comprueba su efectividad.

5.1. CONCLUSIONES

- Los cuidadores son los elementos estratégicos, en el manejo de la Dermatitis Atópica de sus hijos.
- Una intervención educativa-comunicacional demostró ser efectiva para aumentar los conocimientos de los padres, mejorar su automanejo y cambiar ciertos comportamientos
- El nivel de conocimiento de los cuidadores antes del taller era incompleto, ya que conocían sobre la enfermedad pero mucha de su información era distorsionada.
- Toda la problemática encontrada se resume a problemas de deficiencia y exceso. Deficiencia: mala comunicación médico-cuidador-paciente, desconocimiento de los padres sobre Dermatitis Atópica, falta de información médica adecuada dirigida hacia los padres. Exceso: Diversidad de tratamientos tópicos y sistémicos, múltiples productos cosmeceúticos y dermatológicos que se superponen y "mediquitis".

- Los principales problemas identificados fueron los relacionados a la naturaleza de la enfermedad (especialmente el prurito), las alteraciones del estado de ánimo de los paciente y la "mediquitis".
- La temática más comentada por los padres durante las grabaciones fueron: las malas experiencias pasadas con otros médicos, diferentes al Centro de la Piel (CEPI) y la falta de información médica adecuada.
- Las técnicas de aprendizaje como charlas, grupos de discusión y entrenamiento, demostraron ser efectivas tanto para capacitar a los cuidadores como para compartir conocimientos entre el facilitador y los participantes.
- A nivel cualitativo y cuantitativo se pudo corroborar que el mensaje sobre fisiopatología básica de la Dermatitis Atópica, la aplicación adecuada de medidas de autocuidado, detección oportuna de lesiones infecciosas, uso de remedios caseros, manejo de corticoides tópicos e identificar signos de alarma, fueron transmitidos con claridad, sin tecnicismos ni ambigüedades.
- Tanto la encuesta PASECI modificada como el análisis del mensaje de Daniel Prieto, fueron herramientas decisivas para valorar el manejo de los cuidadores antes y después de una intervención educativa-comunicacional.
- El material didáctico creado como: las tarjetas relámpago, el niño esponja, la muñeca y su canasta de multiproductos, el tríptico: "Todo sobre la Dermatitis Atópica" fueron efectivos para transmitir mensajes educativos sobre la atopia, sus características y manejo.
- El modelo teórico-metodológico de carácter educativo-comunicacional, creado por la autora, demostró suficiencia para satisfacer las necesidades educativas de los cuidadores.

5.2. LIMITACIONES

- Un sesgo de la investigación fue la gran calidad de atención médica brindada en el Centro de la Piel (CEPI), donde a pacientes con enfermedades crónicas se le ofrece el tiempo necesario para despejar sus dudas sobre su patología. Esta fue la razón, por la cual el conocimiento de los padres sobre el manejo de la Dermatitis Atópica en general fue bueno.
- El diseño metodológico del taller, fue realizado bajo la perspectiva dermatológica, donde hubiese sido interesante apoyarse en otras disciplinas también como psicología, pediatría y medicina familiar.
- La presente investigación no contó con un seguimiento posterior a los cuidadores.
- Durante la recolección de la muestra, se seleccionaron tanto a padres que habían recibido el diagnóstico de Dermatitis Atópica de sus hijos recientemente como los que llevaban años lidiando con esta enfermedad.
- No se valoró el grado de afectación en la calidad de vida de los cuidadores, ni la gravedad clínica del Eczema Atópico, información clave, para evaluar de mejor manera más integral el nivel de impacto de una intervención educativa.

5.3. RECOMENDACIONES

- Crear un sistema informático único para pacientes con Dermatitis Atópica y sus familiares, para de este modo, contar con una base de datos dinámica.
- El diseño metodológico demostró efectividad pero no perfección. Hubo participantes que durante la exposición se sentían agotados. Sugiero para futuras intervenciones acortar el tiempo del taller.

- Se sugiere incorporar estrategias de soporte psicológico para los cuidadores y pacientes, durante el taller educativo.
- Sería recomendable, antes de arrancar una intervención educativa, realizar un sondeo previo para identificar con mayor precisión las necesidades educativas de los padres y así crear modelos de enseñanza.
- En futuras investigaciones, debería compararse la eficacia de una intervención educativa, cuya población asista a diferentes centros de salud públicos y privados.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera, A., & Orbe, F. (2013). *Validación del cuestionario dermatológico de calidad de vida en niños (Children's dermatology life quality index CDLQI) versión en castellano, en pacientes pediátricos con Dermatitis Atópica, en el Centro de la Piel, Quito-Ecuador*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Akdis, C. a, Akdis, M., Bieber, T., Bindslev-Jensen, C., Boguniewicz, M., Eigenmann, P., Hamid, Q., et al. (2006). Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report. *Allergy*, 61(8), 969–87. doi:10.1111/j.1398-9995.2006.01153.x
- Álvarez, S., Cortéz, M. B., Díaz, N., Fernández, L., Guerrero, A., Gómez, J., Cruz, M., et al. (1996). Proceso educativo sobre la prevención de la deshidratación por enfermedades diarreicas en Tlapacoyan, México. *Revista Salud Pública de México*, 38(3), 167–179.
- Armas Guerra, N., & Díaz Muñoz, L. (2007a). Estructura de las Familias. *Entre voces y silencios: Las familias por dentro* (pp. 47–64). Quito: Ediciones América.
- Armas Guerra, N., & Díaz Muñoz, L. (2007b). Crisis Familiares. *Entre voces y silencios: Las familias por dentro* (pp. 157–167). Quito: Ediciones América.
- Bagazgoitia, L., Gutiérrez, M., Blesa, C. G., Martín, A. H., & Torrelo, A. (2009). Aspectos epidemiológicos, patogénicos, clínicos y diagnósticos de la dermatitis atópica. ¿Es posible la prevención? *Rev Pediatría Atención Primaria*, 11(15), 31–47.
- Barba, S., Lascano, G., Naranjo, P., Landázuri, N., Morales, M., Alvarez, F., & Zurita, M. (2011). ISAAC III: La Dermatitis Atópica en Quito y el Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Medicina y Ciencias Biológicas*, XXXII(1, 2), 11–23. Retrieved from <http://www.uide.edu.ec/NOTICIAS/BIOLOGIAS/DIAGNOSTICO-PRELIMINAR-DE-LOS-PECES-NATIVOS-DE-PREFERENCIA/DIAGNOSTICO-PRELIMINAR-DE-LOS-PECES-NATIVOS-DE-PREFERENCIA.pdf>
- Ben-Gashir, M. a, Seed, P. T., & Hay, R. J. (2002). Are quality of family life and disease severity related in childhood atopic dermatitis? *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*, 16(5), 455–62. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12428837>
- Besnier. (1907). *La Practique Dermatologique "Eczema" Tome 2*. Paris: Masson.
- Bieber, T. (2008). Atopic dermatitis. *The New England journal of medicine*, 358(14), 1483–94. doi:10.1056/NEJMra074081
- Brenninkmeijer, E. E. A., Schram, M. E., Leeflang, M. M. G., Bos, J. D., & Spuls, P. I. (2008). Diagnostic criteria for atopic dermatitis : a systematic review. *Epidemiology and Health Services Research, British Journal of Dermatology*, 158, 754–765. doi:10.1111/j.1365-2133.2007.08412.x

- Broberg, A., Kalimo, K., Lindblad, B., & Swanbeck, G. (1990). Parental education in the treatment of childhood atopic eczema. *Acta dermato-venereologica*, 70(6), 495–499. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1981422?report=abstract&format=text>
- Buestán, A. (2006). Prevalencia de Dermatitis Atópica en niños que acuden a un guardería de la ciudad de Quito. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas -UCE*, 31(1, 2), 37–39.
- Cáceres, H., & Rueda, M. (1999). DERMATITIS ATOPICA PRIMERA PARTE. *Dermatología Peruana*, 9(2). Retrieved from http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v09_n2/dermatitis.htm
- Cañarte, C., Cabrera, F., & Palacios, S. (2004). Epidemiología de la Dermatitis Atópica en el Distrito Metropolitano de Quito. *Revista de Dermatología*, 12(2), 6–9.
- Cañizares, D., & Ríos, C. (2008). *Incidencia y factores asociados a Dermatitis Atópica en niños y niñas de 5 guarderías ubicadas en el sector de Cumbaya en septiembre de 2007*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Carroll, C. L., Balkrishnan, R., Feldman, S. R., Fleischer, A. B., & Manuel, J. C. (2005). The burden of atopic dermatitis: impact on the patient, family, and society. *Pediatric dermatology*, 22(3), 192–9. doi:10.1111/j.1525-1470.2005.22303.x
- Chamlin, S. L. (2006). The psychosocial burden of childhood atopic dermatitis. *Dermatologic therapy*, 19(2), 104–7. doi:10.1111/j.1529-8019.2006.00060.x
- Chamlin, S. L., Cella, D., Frieden, I. J., Williams, M. L., Mancini, A. J., Lai, J.-S., & Chren, M.-M. (2005). Development of the Childhood Atopic Dermatitis Impact Scale: initial validation of a quality-of-life measure for young children with atopic dermatitis and their families. *The Journal of investigative dermatology*, 125(6), 1106–11. doi:10.1111/j.0022-202X.2005.23911.x
- Chamlin, S. L., Frieden, I. J., Williams, M. L., & Chren, M.-M. (2004). Effects of atopic dermatitis on young American children and their families. *Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 114(3), 607–11. doi:10.1542/peds.2004-0374
- Coleman, R., Trembath, R. C., & Harper, J. I. (1997). Genetic studies of atopy and atopic dermatitis. *The British journal of dermatology*, 136(1), 1–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9039286>
- Cork, M., & Britton, J. B. L. (2003). Comparison of parent knowledge, therapy utilization and severity of atopic eczema before and after explanation and demonstration of topical therapies by a specialist dermatology nurse. *British Journal of Dermatology*, (149), 582–589.
- Cork, M. J., Danby, S. G., Vasilopoulos, Y., Hadgraft, J., Lane, M. E., Moustafa, M., Guy, R. H., et al. (2009). Epidermal barrier dysfunction in atopic dermatitis. *The Journal of investigative dermatology*, 129(8), 1892–908. doi:10.1038/jid.2009.133

- Correale, C., Walker, C., Murphy, L., & Craig, T. (1999). Atopic Dermatitis A Review of Diagnosis and Treatment. *Journal of the American Academy of Family Physicians*, 60(4), 1191–8, 1209–10. Retrieved from <http://www.aafp.org/afp/1999/0915/p1191.html>
- Cox, N. H., & Bowman, J. (2000). An evaluation of educational requirements for community nurses treating dermatological patients. *Clinical and experimental dermatology*, 25(1), 12–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10671962>
- Crowther, J. M., Matts, P. J., & Kaczvinsky, J. R. (2012). Changes in Stratum Corneum Thickness, Water Gradients and Hydration by Moisturizers. In M. Lodén & H. I. Maibach (Eds.), *Treatment of Dry Skin Syndrome, The Art and Science of Moisturizers* (pp. 545–560). Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-642-27606-4
- Dahl, R., Bernhisel-Broadbent, J. Scanlon-Holdford, S., Sampson, H., & Lupo, M. (1995). Sleep disturbances in children with atopic dermatitis. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 149(8), 856–60. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7633537?report=docsum&format=text>
- Darsow, U., Lübke, J., Taïeb, a, Seidenari, S., Wollenberg, a, Calza, a M., Giusti, F., et al. (2005). Position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*, 19(3), 286–95. doi:10.1111/j.1468-3083.2005.01249.x
- Dempster, J., Jani, B., & Daly, T. (2011). Managing eczema in children—a treatment update-. *The Journal of Family Practice*, 60(11), 660–668. Retrieved from <http://www.jfponline.com/pages.asp?aid=10019>
- Eichenfield, L. F., Hanifin, J. M., Beck, L. a., Lemanske, R. F., Sampson, H. a., Weiss, S. T., & Leung, D. Y. M. (2003). Atopic Dermatitis and Asthma: Parallels in the Evolution of Treatment. *Pediatrics*, 111(3), 608–616. doi:10.1542/peds.111.3.608
- Elias, P. M., & Choi, E. H. (2005). Interactions among stratum corneum defensive functions. *Experimental dermatology*, 14(10), 719–26. doi:10.1111/j.1600-0625.2005.00363.x
- Ernst, E., Pittler, M., & Stevinson, C. (2002). Complementary/alternative medicine in dermatology: evidence-assessed efficacy of two diseases and two treatments. *Review Clinical Dermatology*, 3(5), 341–348.
- Ersser, S. J., & Nicol, N. H. (2012). Educational Interventions for the Management of Children with Dry Skin. In M. Lodén & H. I. Maibach (Eds.), *Treatment of Dry Skin Syndrome, The Art and Science of Moisturizers* (pp. 27–39). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-642-27606-4
- Escobar, C., & Falabella, R. (1994). Atopia. In H. Velez, W. Rojas, J. Borrero, & J. Restrepo (Eds.), *Fundamentos de Medicina: Dermatología* (4ta ed., pp. 54–61). Medellín-Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.
- Estévez, E. H. (2002). *Enseñar a Aprender: Estrategias Cognitivas* (1st ed.). Barcelona: Ediciones Paidón Ibérica, S.A.

- FLOHR, C., JOHANSSON, S. G. O., WAHLGREN, C.-F., & WILLIAMS, H. (2004). How atopic is atopic dermatitis? *Journal of allergy and clinical immunology*, 114(1), 150–158. Retrieved from <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=15936505>
- Garcia, A. (1989). Ciencia y anécdota en el eczema de contacto, Discurso para la recepción pública para el académico electo. Madrid.
- Garnacho-Saucedo, G., Salido-Vallejo, R., & Moreno-Giménez, J. C. (2013). Atopic Dermatitis: Update and Proposed Management Algorithm. *Actas dermo-sifiliograficas*, 104(1), 4–16. doi:10.1016/j.ad.2011.12.008
- Gieler, U. (2004). *Atopic Eczema School – a New and Successful Patient Management Program. Dermatology Psychomatics* (Vol. 5, pp. 114–116). Alemania.
- Grusec, J. (1992). Social learning theory and Development Psychology: The Legacies of Robert Sears and Albert Bandura. *Development Psychology*, 28(5), 776–786. Retrieved from <http://www.psy.cmu.edu/~sieglar/35grusec92.pdf>
- Hanifin, J. M. (1992). Atopic Dermatitis. In R. Marks (Ed.), *Eczema* (Martin Dun., pp. 77–101). Hong Kong: Imago Publisher.
- Hanifin, J. M., Cooper, K., Ho, V., Kang, S., Krafchik, B., Margolis, D., Schachner, L., et al. (2003). GUIDELINES OF CARE FOR ATOPIC DERMATITIS. *Technical Report*.
- Hanifin, J. M., & Rajka, G. (1980). Diagnostic features of Atopic Dermatitis. *Acta Dermatol Venereol (Stockholm)*, 92, 44–47.
- Harris, J. M., Cullinan, P., Williams, H. C., Mills, P., Moffat, S., White, C., & Newman Taylor, a J. (2001). Environmental associations with eczema in early life. *The British journal of dermatology*, 144(4), 795–802. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11298539>
- Hewett, A., Tierney, J., Tompkins-Berney, K., Manonourt, E., Sayeed, S., & Stanley, R. (1996). Comunicación interpersonal, aprendizaje para adultos y capacitación. In P. McIntyre (Ed.), *Para la vida: Lecciones de la Experiencia* (pp. 62–73). Cánada: Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, UNICEF.
- Hoare, C., Li Wan Po, A., & Williams, H. (2000). Systematic review of treatments for atopic eczema. *Review, Health Tecnology Assesment 2000*, 4(37), 1–191. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15945495>
- Holm, E. ., Cambazard, Fölster-Holst, Szepletowski, & Torrelo. (2013). Consejos prácticos para ayudarte a controlar los eccemas de tu hijo y evitar los brotes. *Asociación de Familiares y Pacientes de Dermatitis Atópica (ADEA)*. Retrieved from <http://www.adeaweb.org/04informaciondeutilidad/consejos/#>
- Holm, E. a, Esmann, S., & Jemec, G. B. E. (2005). Patient education and morbidity in atopic eczema. *Dermatology nursing / Dermatology Nurses' Association*, 17(1), 35–46. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15782926>

- Hummelinck, A., & Pollock, K. (2006). Parents' information needs about the treatment of their chronically ill child: a qualitative study. *Patient education and counseling*, 62(2), 228–34. doi:10.1016/j.pec.2005.07.006
- Illi, S., Von Mutius, E., Lau, S., Nickel, R., Grüber, C., Niggemann, B., & Wahn, U. (2004). The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 113(5), 925–31. doi:10.1016/j.jaci.2004.01.778
- Inoue, R., Motoyoshi, F., Fukutomi, O., Utsumi, M., & Kondo, N. (1998). Severe Complication of Folk Remedies for Atopic Dermatitis. *Pediatric Asthma, Allergy & Immunology*, 12(3), 207–213.
- Kang, K., Polster, A., Neodorost, S., Stevens, S., & Cooper, K. (2004). Dermatitis Atópica. In J. Bolognia (Ed.), *Dermatología* (pp. 199–214). Madrid: Mosby, Elsevier.
- KROL, A., & KRAFCHIK, B. (2006). The differential diagnosis of atopic dermatitis in childhood. *Dematologic Therapy*, 19(2), 73–82. Retrieved from <http://www.sbd-sp.org.br/public/img/destaques/destaque19.pdf>
- Kroll, L. M., Hoffman, D. R., Cunningham, C., & Koenig, D. W. (2012). Impact of Stratum Corneum Damage on Natural Moisturizing Factor (NMF) in the Skin. In M. Lodén & H. I. Maibach (Eds.), *Treatment of Dry Skin Syndrome, The Art and Science of Moisturizers* (pp. 441–451). Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-642-27606-4
- Kupfer, J., Gieler, U., Diepgen, T. L., Fartasch, M., Lob-corzilius, T., Ring, J., Scheewe, S., et al. (2010). Structured education program improves the coping with atopic dermatitis in children and their parents — a multicenter , randomized controlled trial ☆. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(4), 353–358. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.04.014
- Ladoyanni, E. (2012). Trigger Factors , Allergens and Allergy Testing in Atopic Dermatitis. In J. Esparza-Gordilo (Ed.), *Atopic Dermatitis- Disease Etiology and Clinical Management* (p. 414). InTech. Retrieved from <http://www.intechopen.com/books/atopic-dermatitis-disease-etiology-andclinical-management/trigger-factors-allergens-and-allergy-testing-in-atopic-dermatitis>
- Lane, M. E. (2012). Emollient Therapy and Skin Barrier Function. In M. Lodén & H. I. Maibach (Eds.), *Treatment of Dry Skin Syndrome, The Art and Science of Moisturizers* (pp. 513–523). Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-642-27606-4
- Lapsley, P. (2006). *Commentary: the doble benefits of educational programmes for patients with eczema* (p. 332:936). London.
- Lawson, V., Lewis-Jones, M. S., Finlay, a Y., Reid, P., & Owens, R. G. (1998). The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact Questionnaire. *The British journal of dermatology*, 138(1), 107–13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9536231>

- Legña, M. (2000). Enfermedades Virales. In J. Ruiz, H. Garzón, & M. Legña (Eds.), *Dermatología Universidad Central del Ecuador* (3rd ed., p. 167). Quito.
- Levy, R. M., Gelfand, J. M., & Yan, A. C. (2003). The epidemiology of atopic dermatitis. *Clinics in Dermatology*, 21(2), 109–115. doi:10.1016/S0738-081X(02)00360-7
- Lewis-Jones, S. (2006). Quality of life and childhood atopic dermatitis: the misery of living with childhood eczema. *International journal of clinical practice*, 60(8), 984–92. doi:10.1111/j.1742-1241.2006.01047.x
- Lewis-jones, S. (2012). Dry Skin in Childhood and the Misery of Eczema and its Treatments. In M. Lodén & H. I. Maibach (Eds.), *Treatment of Dry Skin Syndrome, The Art and Science of Moisturizers* (pp. 41–58). Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-642-27606-4
- López, A. (2002, December). La Dermatitis Atópica: una visión global de una enfermedad de la piel (II). *Boletín Informativo ADEA (Asociación de familiares y pacientes de Dermatitis Atópica)*, 1–7. Retrieved from www.adeaweb.org
- Lun, K., Hon, E., & Leung, A. K. C. (2012). Use of Moisturizers in Patients with Atopic Dermatitis. In M. Lodén & H. I. Maibach (Eds.), *Treatment of Dry Skin Syndrome, The Art and Science of Moisturizers* (pp. 59–73). Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-642-27606-4
- Meyer, M. W., & Thyssen, J. P. (2012). Filaggrin Gene defects and Dry Skin Barrier Function. In M. Lodén & H. I. Maibach (Eds.), *Treatment of Dry Skin Syndrome, The Art and Science of Moisturizers* (pp. 119–124). Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/978-3-642-27606-4
- Mitchell, Amy E, & Fraser, J. A. (2011). Parents ' self-efficacy , outcome expectations , and self-reported task performance when managing atopic dermatitis in children : Instrument reliability and validity. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), 215–226. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.06.008
- Mitchell, Amy Elizabeth. (2011). *The Relationship Between Parents ' Self-Efficacy Beliefs , Outcome Expectations , Child Behaviour , and Management of Atopic Dermatitis*. Queensland University of Techonology.
- Möhrenschlager, M., Darsow, U., Schnopp, C., & Ring, J. (2006). Atopic eczema: what's new? *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*, 20(5), 503–11, 513; quiz 512. doi:10.1111/j.1468-3083.2006.01580.x
- Moore, E. J., Williams, A., Manias, E., Varigos, G., & Donath, S. (2009). Eczema workshops reduce severity of childhood atopic eczema. *The Australasian journal of dermatology*, 50(2), 100–6. doi:10.1111/j.1440-0960.2009.00515.x
- Moore, E., Williams, A., Manias, E., Varigos, G., & Moore, E. (2006). Nurse-led clinics reduce severity of childhood atopic eczema : a review of the literature. *British Journal of Dermatology*, 155, 1242–1248. doi:10.1111/j.1365-2133.2006.07534.x

- Moreno-Giménez, J. C. (2000). Revisión Dermatitis atópica. *Alergología Inmunología Clínica*, 15, 279–295.
- Morfín, B. M. (2001). Dermatitis Atópica, fisiopatogenia, cuadro clínico y diagnóstico. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica*, 10(1), 12–14.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2004). *Frequency of application of topical corticosteroids for atopic eczema* (Technology.). London: NHS National Institute for Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). Atopic eczema in children: Management of atopic eczema in children from birth up the age of 12 years. *NICE clinical guideline 57*, (December), 2–39.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, & National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2007). *Atopic Eczema in Children: Management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years*. (A. Welsh, Ed.) *Clinical Guideline, NHS, NICE*. London: RCOG Press. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11901/38559/38559.pdf>
- Navas, L. G., & Hidalgo, F. M. (2006). DERMATITIS EXFOLIATIVA GENERALIZADA : REVISIÓN DE TEMA. *Revista Costarricense de Salud Pública*, (29), 77–80.
- Neumann. (1880). *Tratado de las Enfermedades de la Piel* (1st ed.). Madrid: Imprenta de Enrique Teodoro.
- Nicol, N. H., & Ersser, S. J. (2010). The role of the nurse educator in managing atopic dermatitis. *Immunology and allergy clinics of North America*, 30(3), 369–83. doi:10.1016/j.iac.2010.06.007
- Nnoruka, E. N. (2004). Current epidemiology of Atopic Dermatitis in south-eastern Nigeria. *International Journal of Dermatology*, 43(10), 739–744. doi:10.1111/j.1365-4632.2004.02360.x
- Odhambo, J. a, Williams, H. C., Clayton, T. O., Robertson, C. F., & Asher, M. I. (2009). Global variations in prevalence of eczema symptoms in children from ISAAC Phase Three. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 124(6), 1251–8.e23. doi:10.1016/j.jaci.2009.10.009
- Onunu, A., Eze, E., & Kubeyinje, E. (2007). Clinical profile of atopic dermatitis in Benin City, Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 10(4), 326–329.
- Organización Panamericana de la Salud. (1985). *Manual de Técnicas para una estrategia de comunicación en salud*. (Serie Palltex para técnicos medios y auxiliares, Ed.) (11th ed.). Washington, DC: Organización Mundial de la Salud.
- Pagano, J. (2009). Cases of Eczema (Atopic Dermatitis). *Healing Psoriasis, The Natural Alternative* (1st ed., pp. 238–249). New Jersey: John Wiley & Sons.

- Palacios, S. (2011). *Apuntes de clases de Dermatología*. Quito: Centro de la Piel (CEPI).
- Pérez Serrano, G. (1998). *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes* (2nd ed.). Madrid: La Muralla, Colección Aula Abierta.
- Prieto Castillo, D. (1988). *Análisis de Mensaje* (1st ed.). Manuaes didácticos CIESPAL N°14.
- Rascón, J., Campins, A., & Riera, M. (2008). Infección de piel y tejidos blandos. *Hospital Universitario Son Dureta, Protocolos de Utilización de Antimicrobianos*. Retrieved from http://www.elcomprimido.com/FARHSD/ComisionInfeccionesHUSD/ProtCI_InfeccionPielBlandos_HUSD_2008.pdf
- Redondo, M. R. (2004). Dermatitis atópica : clínica , diagnóstico diferencial y tratamiento. *Pediatría Integral*, VIII(3), 204–210.
- Ring, J., Przybilla, B., & Ruzicka, T. (2006). *Handbook of Atopic Eczema*. (G. Schoder, Ed.) (2nd ed.). Germany: Springer Berlin Heidelberg.
- Rudzki, E., Samochocki, Z., Rebandel, P., & Saciuk, E. (1994). frequency and significance of the mayor and minor features of Hanifin and Rajka among patients with Atopic Dermatitis. *Dermatology*, 189, 41–46.
- Rystedt, I. (1985). Hand eczema and long-term prognosis in atopic dermatitis. *Acta Dermato-venereológica. Supplementum*, 117, 1–59.
- Salvador, J., Rivera, C., Ángel, M., Vargas, R., Anett, S., Rodríguez, M., Alcón, M. M., et al. (2007). Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica. *Revista Alergia México*, 54(3), 96–103.
- Sánchez-Saldaña, L., & Sáenz-Anduaga, E. (2006). Infecciones cutáneas bacterianas. *Dermatología Peruana*, 16(1), 7–31.
- Schmitt, J., Schäkel, K., Schmitt, N., & Meurer, M. (2007). Systemic treatment of severe atopic eczema: a systematic review. *Acta dermato-venereologica*, 87(2), 100–11. doi:10.2340/00015555-0207
- Schuttelaar, M. L. a, Vermeulen, K. M., Drukker, N., & Coenraads, P. J. (2010). A randomized controlled trial in children with eczema: nurse practitioner vs. dermatologist. *The British journal of dermatology*, 162(1), 162–70. doi:10.1111/j.1365-2133.2009.09502.x
- Schwartz, R. (2013). Pediatric Atopic Dermatitis Follow up, Complications. *Medscape*. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/911574-followup#showall>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2011). Management of Atopic Eczema in Primary Care. *NHS evidence, National Clininical Guidelines, SIGN*(125).

- Sher, L. G., Chang, J., Patel, I. B., Balkrishnan, R., & Fleischer, A. B. (2012). Relieving the pruritus of atopic dermatitis: a meta-analysis. *Acta dermato-venereologica*, 92(5), 455–61. doi:10.2340/00015555-1360
- Shultz Larsen, F. (1993). Atopic dermatitis: a genetic-epidemiologic study in a population-based twin sample. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 28, 719–123.
- Sj, E., Latter, S., Sibley, A., Pa, S., & Welbourne, S. (2008). Intervenciones psicológicas y educativas para el eczema atópico en niños. *The Cochrane Collaboration, Revisión S(2)*.
- Sj, E., Latter, S., Sibley, A., Pa, S., & Welbourne, S. (2009). Psychological and educational interventions for atopic eczema in children (Review). *The Cochrane Library*, (1). Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004054.pub2/pdf>
- Sola, J. (2013). Comentario manifestado verbalmente hacia la autora como parte de su entrenamiento para la realización de esta investigación.
- Staab, D, U, V. R., Kehrt, R., Erhart, M., Wenninger, K., Staab, D., Rueden, U. Von, et al. (2002). Evaluation of a parental training program for the management of childhood atopic dermatitis. *Pediatric allergy and immunology*, 13, 84–90.
- Staab, Doris, Diepgen, T. L., Fartasch, M., Kupfer, J., Lob-corzilius, T., Ring, J., Scheewe, S., et al. (2006). Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 1–6.
- Stalder, J., Taieb, A., & Atheton, D. (1993). Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology*, 186(1), 23–31.
- Su, J. C., Kemp, a S., Varigos, G. a, & Nolan, T. M. (1997). Atopic eczema: its impact on the family and financial cost. *Archives of disease in childhood*, 76(2), 159–62. doi:10.1136/adc.76.2.159
- Sulzberger, M. (1940). *Dermatology Allergy: an introduction in the form of a series of lectures*. USA: Thomas Book.
- Turabián, J. L., & Pérez Franco, B. (2001a). La intervención biopsicosocial contextualizada en la comunidd. Conceptos generales. *Actividades Comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria. Un nuevo enfoque práctico* (pp. 39–73). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Turabián, J. L., & Pérez Franco, B. (2001b). Modelos de actividades sanitarias capacitadoras contextualizadas en la comunidad. *Actividades Comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria. Un nuevo enfoque práctico* (pp. 215–248). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

- Turabián, J. L., & Pérez Franco, B. (2001c). Los grupos: educación para la salud contextualizada a grupos de pacientes en atención primaria. *Actividades Comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria. Un nuevo enfoque práctico* (pp. 322–357). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- University of Bournemouth and the Center for WellBeing & Quality of life. (2009). The Eczema Education Programmme (EEP). London.
- Valadez, I., Villaseñor, M., & Alfaro, N. (2004). Educación para la Salud : la importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo, 1*(Enero- Marzo), 43–48.
- Valencia Calvo, M. (2012). *Trastorno de ansiedad y su relación con la calidad de vida en pacientes adultos con Dermatitis Atópica del Centro de la Piel (CEPI), en la ciudad de Quito-Ecuador, noviembre del 2011*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Vimos, A. (2013). *Prevalencia y factores asociados a Dermatitis Atópica en niños y niñas de primero a tercer año de Educación básica de tres escuelas del sector centro de la ciudad de Quito de mayo a julio del 2012*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- WEBBER, S.A., GRAHAM-BROWN, R.A.C., HUTCHINSON, P.E. BURNS, D. . (1989). Dietary manipulation in childhood atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology, 121*(1), 91–98. doi:10.1111/j.1365-2133.1989.tb01404.x
- Wenninger, K., Kehrt, R., Ruden, U. Von, Lehmann, C., Binder, C., Wahn, U., & Staab, D. (2000). Structured parent education in the management of childhood atopic dermatitis : The Berlin model. *Patient Education and Counseling, 40*, 253–261.
- Werfel, T., & Kaap, A. (1998). Environmental and other major provocation factors in Atopic Dermatitis. *Allergy, 53*, 731–739.
- Werner, D., & Bower, B. (1984). *Aprendiendo a Promover en Salud*. (Fundación Hesperian & Centro de Estudios Educativos, Eds.) (1st ed.). Palo Alto, California y Mexico DF.: CEE.
- William, D. (Ed.). (2005). Atopic Dermatitis, Eczema and Noninfectious Immunodeficiency. *Andrew's diseases of the skin clinical dermatology in clinical dermatology* (10th ed., pp. 69–76).
- Williams, H, Pottier, A., & Strachan, D. (1993). Are viral warts seen more commonly in children with eczema? *Archives of Dermatology, 129*(6), 717–720. doi:10.1001/archderm.1993.01680270055006
- Williams, H. C. (1995). Sobre la definición y epidemiología de la Dermatitis Atópica. In M. Wieinstock (Ed.), *Clinicas Dermatológicas, Dermatoepidemiología* (Vol. 3, pp. 703–712). Madrid: INTERAMERICANA, McGraw-Hill.
- Williams, H. C. (2006). Educational programmes for young people with eczema. *BMJ, 332*(April), 923–924.

- Williams, Hywel. (2005). Atopic Dermatitis. *New England Journal Of Medicine*, 352, 2314–2324. Retrieved from <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp042803>
- Wolf, K., & Allen Johnson, R. (2005). Dermatitis Atópica. In A. Guerra Tapia (Ed.), *Fitzpatrick Atlas en color y sinopsis de Dermatología Clínica* (5ta ed., p. 33.41). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Wollenberg, a, & Bieber, T. (2000). Atopic dermatitis: from the genes to skin lesions. *Allergy*, 55(3), 205–13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10753009>
- Wollenberg, A., Wetzel, S., Burgdorf, W. H. C., & Haas, J. (2003). Viral infections in atopic dermatitis : pathogenic aspects and clinical management. *Allergy and Clinical Immunology*, 112(4), 667–674. doi:10.1016/j.jaci.2003.07.001
- Yetman, R. J., & Parks, D. (2009). Diagnosis and management of atopic dermatitis. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 16(3), 143–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18057146>
- Zambrano, E., Torrelo, A., & Zambrano, A. (2003). *Eritrodermias, Protocolos diagnóstico y terapéuticos en dermatología pediátrica* (pp. 227–234).

ANEXOS:

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a cuidador/a:

Gracias por formar parte en este proyecto educativo, que pretende investigar el manejo de los cuidadores de los niños, niñas y adolescentes con Dermatitis Atópica y mejorar su autocuidado a través de un taller. Usted, si accede, deberá:

1. Contestar una encuesta, que le tomará aproximadamente 5 minutos, antes y después de un taller.
2. Asistir a un taller educativo, acompañado de otros padres cuyos hijos también sufren de Dermatitis Atópica, donde se les enseñará las características de esta enfermedad y cómo manejarla.
3. Permitir si su hijo o hija es mayor de 7 años, pueda responder realizar un dibujo sobre la dermatitis atópica que padece.

La información será confidencial y su nombre no será utilizado. Si tiene alguna pregunta sobre la investigación, se puede comunicar conmigo al 084583424 o a mi director del proyecto: Dr. Santiago Palacios al 02241843.

Atte.,

Marcela Segovia Salcedo

Investigadora – PUCE

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Marcela Segovia Salcedo sobre el Manejo de los cuidadores en Dermatitis Atópica.

Nombre y firma del participante

Fecha

B. AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR LA ESCALA PASECI

Dear Marcela

Thank you for your email. I am happy to give permission for you to use the PASECI scale for your undergraduate thesis project providing that you give full acknowledgement to the authors. I therefore attach the PASECI V7 (pdf) document. It would be useful to have an abstract summary of your research. I have been working on this tool for the past 2 years, further reliability testing will not be completed until the Autumn, when the final V8 will be completed and submitted for publication, but I am happy for you to use this for your project work.

Best wishes

Steven Ersser

Dean

C. ENCUESTA PASECI MODIFICADA

Manejo de la Dermatitis Atópica por parte de sus Cuidadores

Queridos padres o cuidadores:

Muchas gracias por participar en este taller. La información obtenida sirve para conocer los problemas que enfrentan al lidiar con esta enfermedad y así poder ayudarlos.

El cuestionario está dividido en 6 partes:

- a) Datos generales
- b) Preguntas sobre qué piensa usted de la dermatitis atópica
- c) Preguntas sobre el uso de medicamentos
- d) Preguntas sobre el manejo de la Dermatitis Atópica y sus síntomas
- e) Preguntas sobre la atención médica que recibe
- f) Preguntas sobre cómo se siente usted al manejar la dermatitis atópica de sus hijo/a.

Cada pregunta valora cuán seguro se siente usted para manejar la dermatitis atópica de su hijo/a. Usted califica cada pregunta con un número entre 0 (cero) a 10 (diez). 0(cero) significa que no se siente seguro y 10 (diez) significa que se siente totalmente seguro.

Por favor encierre con un círculo el número elegido. Usted puede seleccionar cualquier número de la escala del 0 (cero) al 10 (diez) para indicar cuán seguro se siente.

Es importante que termine el cuestionario y responda con sinceridad. Una vez más, muchas gracias por su colaboración ☺ .

Empecemos el cuestionario!

a) DATOS GENERALES

Por favor donde sea necesario encierre con un círculo su respuesta

- | | | |
|-------------|----------------|--------------|
| • Sexo: | • Edad:_____ | ○ Soltero |
| ○ Masculino | • Estado civil | ○ Viudo |
| ○ Femenino | ○ Casado | ○ Divorciado |

- Unión Libre
- Instrucción:
 - No sabe leer ni escribir
 - Primaria
 - Secundaria
- Universidad
- Usted es para el niño o niña:
 - Padre
 - Madre
 - Abuelo
 - Abuela
 - Tío
- Tía
- Otro acompañante. especifique _____

b) CONCEPTOS Y CREENCIAS SOBRE LA DERMATITIS ATÓPICA

Califique

1. Cuán contagiosa es la Dermatitis Atópica?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Para nada										Muchísimo
2. La Dermatitis Atópica está relacionada con hongos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Para nada										Muchísimo
3. Con qué frecuencia usa alcohol, agua oxigenada, yodo, merthiolate, talco cuando la piel de su hijo/a está con eccemas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca										Siempre
4. Con qué frecuencia usa remedios caseros diferentes a los que le dice su médico?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca										Siempre
5. Qué tan difícil es para usted manejar la enfermedad de su hijo/a?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fácil										Difícil
6. Cuánto le han enseñado los médicos de su hijo/a a tratar esta enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo
7. Acude a la farmacia para que el boticario le indique cremas a su hijo/a cuando está con las lesiones?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca										Siempre

c) MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS

Con cuánta seguridad cree usted que podría realizar lo siguiente:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>No podría</i>										<i>Muy que podría</i>
<i>hacerlo</i>										

8. Elegir una crema humectante (grasosa) apropiada para su hijo(a).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Aplicar adecuadamente los humectantes (grasosos) en las lesiones de su hijo(a).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Aplicar adecuadamente las cremas antibióticas en su hijo(a).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11. Usar correctamente las cremas corticoides para su hijo(a).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12.. Escoger la medicación adecuada si empeoran los síntomas las lesiones de su hijo/a

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. Saber qué hacer si usted cree que las lesiones de su hijo(a) se han infectado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

14. Evaluar si el tratamiento o medicamento para la Dermatitis Atópica de su hijo(a) está funcionando o no.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

15.. Solicitar al médico que cambie los medicamentos de su hijo/a.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

d) MANEJO DE LA DERMATITIS ATÓPICA Y DE SUS SÍNTOMAS

Con cuánta seguridad cree usted que podría realizar lo siguiente:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>No podría hacerlo</i>										<i>Muy segura podría hacerlo</i>

16. Controlar que su hijo/a no se rasque para evitar mayores daños en la piel.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

17. Ayudar a su hijo(a) para que se involucre en el tratamiento de su enfermedad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

18. Conseguir que su hijo(a) siga su plan de tratamiento aún cuando no esté deseoso de hacerlo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

19. Ayudar a su hijo/a para que pueda llevar un estilo de vida normal junto con sus lesiones.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20. Conseguir evitar las cosas que irritan o agravan el Dermatitis Atópica de su hijo/a.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

21. Ajustar el plan de tratamiento de su hijo/a para permitir cambios en el programa de su familia.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

22. Controlar la Dermatitis Atópica de su hijo(a) para que él/ella pueda jugar con otros niños.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

23. Manejar la Dermatitis Atópica de su hijo/a para que sus síntomas estén bajo control.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

24. Reducir cualquier interrupción del sueño ocasionada por las lesiones de su hijo/a.

106

A continuación se describen algunas situaciones que pueden dificultar el mantenimiento de una rutina de cuidado de la Dermatitis Atópica. Con cuánta seguridad cree usted que podría manejar las lesiones de su hijo/a en estas situaciones:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>No podría</i>										<i>Muy seguro que</i>
<i>hacerlo</i>										<i>podría hacerlo</i>

30. Cuando me siento cansado/a.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

31. Cuando me siento con demasiada presión en el trabajo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

32. Durante o después de experimentar problemas personales o familiares.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

33. Cuando me siento desanimado/a con gran ansiedad.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

34. Cuando me siento enfermo/a.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

35. Cuando no tengo el apoyo de mi familia o amigos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

36. Durante un feriado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

37. Cuando tengo demasiado trabajo doméstico o cuidado de los niños que hacer en la casa.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

38. Cuando tengo otros compromisos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

39. Cuando es difícil conseguir las cremas recetadas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

40. Cuando es difícil conseguir las ropas adecuadas que debe usar mi hijo/a.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D. HOJA DE ANÁLISIS DEL DISCURSO DE LAS GRABACIONES A LOS PADRES

Tema	Taller 1	Taller 2	Taller 3	Taller 4
1. Educación en Dermatitis Atópica				
2. Evolución del niño				
3. Aplicación de Medidas de Autocuidado y				
4. Metodología del taller				
5. Características de la Dermatitis Atópica				
6. Psicología de la DA				
7. Psicología del taller				
8. Psicología de la DA				
9. Psicología del taller				
10. Psicología de la DA				

E. DIBUJOS REALIZADOS POR LOS PACIENTES UNA SEMANA POSTERIOR A LA PARTICIPACIÓN DE SUS CUIDADORES EN LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.





F. MATERIAL DIDÁCTICO

a. TARJETAS RELÁMPAGO: el tamaño real era en pliego de papel.

Manejo de la Dermatitis Atópica por parte de los cuidadores

Con cuánta seguridad cree usted que podría realizar lo siguiente:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No podría hacerlo Muy seguro que podría hacerlo

PIEL NORMAL DERMATITIS ATÓPICA

DIPI CORRIE® + crema DIPI CORRIE® ULTRACORRIE® + crema

LABIALES con lubricante Las labiales no tienen suficiente lubricante

DERMATITIS ATÓPICA

AGRIETA Y DESCAMA

PICA MUCHO

El niño/a nace así, no es culpa de la mamá ni del papá

No es contagiosa, ni pasosa

LA PIEL DEL NIÑO/A ATÓPICO

"Enojona"

"Sensible"

PICAZÓN

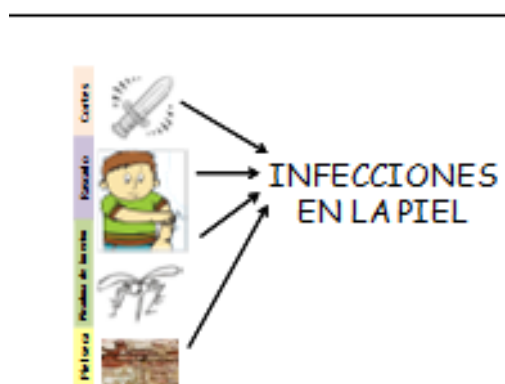
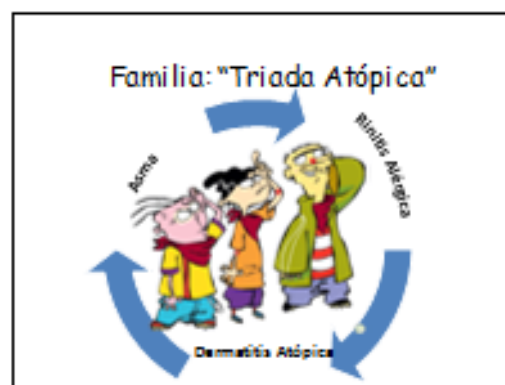
GENERALIZADO

ECZEMAS=LESIONES AGUADIAN, LLORAN

LESIONES SECAS, DURAS, GRUESAS

LESIONES ROJAS - ESCAMOSAS

PIEL SECA



DERMATITIS ATÓPICA NO TIENE SUFICIENTE ENLUCIDO O LUBRICANTE



El albañil coloca el enlucido para proteger los ladrillos



Papá, mamá debe colocar cremas grasosas en su hijo/a

EXISTEN MUCHAS CREMAS EN EL MERCADO



CON COLORES Y FRAGANCIAS



SIN COLOR, NI FRAGANCIA



DEBEMOS USAR CREMAS GRASOSAS SIEMPRE



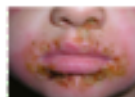
JABONES NEUTROS, SIN COLOR NI FRAGANCIA



BAÑOS CORTOS (MENOS DE 10 MIN), NO AGUA HIRVIENDO

INFECCIONES EN LA PIEL

impétigo



Antibiótico Tópico

NOMBRE COMERCIAL

Nombre del antibiótico



Nombre del antibiótico: Baclo
Tusilox y neomicina



absceso

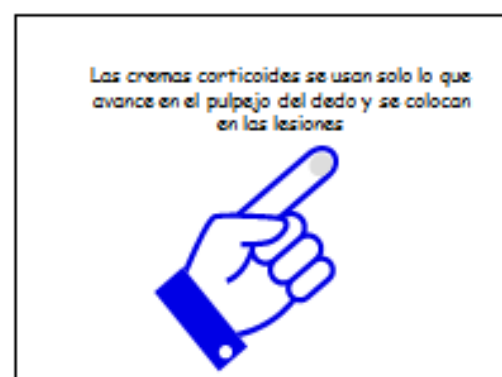
CREMAS CORTICOIDES



NOMBRE COMERCIAL

Nombre del corticoide

Lo más importante es conocer el
Nombre del corticoide = composición



LESIONES	CREMAS CORTICOIDES
LESIONES AGRIETADAS, URTICARIA SECAS, DURAS, GRUESAS ROJAS – ESCAMOSAS	NO USAMOS ALTA: <i>betametasona</i> MEDIA: <i>metoprednisona, dexametasona, prednisona</i> BAJA

¿QUÉ HACEMOS?	
DERMATITIS AGRIETADA DERMATITIS AGRIETADA, URTICARIA LESIONES SECAS, DURAS, GRUESAS LESIONES ROJAS – ESCAMOSAS	NO USO LIBREMENTE COMPRESAS: <i>hidrocortisona</i> POUNTOS DE ENCAJE: <i>hidrocortisona</i> CORTICOIDES DE ALTA POTENCIA: <i>betametasona</i> CORTICOIDES DE MEDIA POTENCIA: <i>metoprednisona, dexametasona, prednisona</i> PIEL SANA: <i>hidrocortisona</i> MEJORA DE AUTOCUIDADO
MEDIDAS DE AUTOCUIDADO DEBEN PRACTICARSE SIEMPRE: OMBROS EN ADELANTE, UMBILIGO VERTICAL, RODILLAS DOBLADAS, ANCHURA DE LOS Codos AUMENTADA	



- b. NIÑO ESPONJA, CANASTA MULTIPRODUCTOS, MUÑECA, AVENA Y AGUA.



c. OASIS Y AGUA



d. TRÍPTICO TODO SOBRE LA DERMATITIS ATÓPICA

¿Dónde se localiza la Dermatitis Atópica?

En niños menores de 2 años las lesiones o eczemas aparecen en mejillas, sin afectar los párpados.

pliegues de codos

Arriba de las rodillas

Busca atención médica especializada si:

- Las lesiones empeoran y la picazón no calma.
- Si aparecen unos granos cubiertos de una costra amarilla o si botan una secreción amarillenta.
- Si aparecen unos granitos llenos de agua que duelen mucho.

Tu hijo/a sufre de Dermatitis Atópica? Sigue estos consejos...

1. Evita el calor y el sudor. Si el niño se suda, límpielo con agua fresca y sécalo bien.
2. Evita la picazón. Si el niño se rasca, límpielo con agua fresca y sécalo bien.
3. Evita el frío. Si el niño se resaca, límpielo con agua fresca y sécalo bien.
4. Evita el estrés. Si el niño se estresa, límpielo con agua fresca y sécalo bien.
5. Evita el contacto con irritantes. Si el niño toca algo que le irrita, límpielo con agua fresca y sécalo bien.
6. Evita el uso de jabón. Si el niño usa jabón, límpielo con agua fresca y sécalo bien.
7. Evita el uso de cremas. Si el niño usa crema, límpielo con agua fresca y sécalo bien.

Siempre que puedas, sécalo con suavidad. Si necesitas más información, consulta a tu médico.

Todo sobre... la Dermatitis Atópica

¿Tu hijo/a se rasca por las noches la piel?

¿A Tu hijo/a le salen unas "llagas" en las coyunturas de codos y rodillas?

¿Tiene tu hijo/a la piel muy seca que a veces descama?

Puede ser que tenga Dermatitis Atópica

¡INFORMATE!

La Dermatitis Atópica

¿Qué es?

La Dermatitis Atópica es una piel muy sensible, que se da principalmente en niños y en algunos adultos.

La piel se pone muy seca y pica mucho, especialmente en las noches.

Cursa en brotes, es decir, a veces salen como "unas llagas" en las coyunturas o pliegues de los codos y rodillas y otras veces la piel está solamente seca.

¿Por qué se da?

La piel atópica es muy sensible y se enoja ante cualquier agresión como: picados, sudor, cloro, alcohol, talco, humedad, reaccionando de forma exagerada produciendo picazón, resequeza, granitos con burbujitas de agua. Por tanto, quien tiene Dermatitis Atópica tiene una "piel enojona" y difícil de tratar.

¿Es contagiosa?

No, porque quien tiene Dermatitis Atópica, su piel es así: "enojona y sensible". No se produce por hongos ni es pasosa.

¿Cómo se cura?

La Dermatitis Atópica no se cura, porque la piel no puede cambiarse, pero si podemos controlarla.

Tratamiento de la Dermatitis Atópica

Sin brote

Control de la picazón

Pasta de Zinc

Corticoides Tópicos

Compresas Húmedas

Corticoides Sistémicos

Fototerapia

Metotrexato

Medidas de autocuidado:

- Jabón neutro
- Baños cortos, no agua hirviendo
- Ponerle "full" cremas grasosas

Son la base del tratamiento y deben practicarse siempre

G. HOJA DE PROBLEMAS

	PROBLEMA	¿QUÉ TAN GRAVE?	CUÁNTO TE PREOCUPA?	QUÉ TAN FRECUENTE ES?
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

H. HOJA DE REMEDIOS

	REMEDIO	CÓMO SE USA?	CUÁNDO SE USA?	FUNCIONA SI O NO y POR QUÉ?
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

I. EVALUACIÓN DE LA MUÑECA



EVALUACIÓN PRÁCTICA EN UNA MUÑECA QUE SIMULA LESIONES

FECHA: _____

GRUPO: _____

	INDICACIÓN	NOTA CERO	NOTA UNO	Puntaje
1	Uso del jabón	Usa jabón protex o de tocador	Usa jabon neutros (ac-lac, kinatopic, dove)	
2	Bañan a la muñeca con agua	agua caliente	agua tibia	
3	Bañan a la muñeca menos de 10 min	no	si	
4	Identifican lesiones de atopia	no	si	
5	Identifican lesiones por Impétigo	no	si	
6	Identifican lesiones por Herpes	no	si	
7	identifican abscesos	no	si	
8	Identifican lesiones fúngicas	no	si	
9	Selecciona en lesiones de atopia crema con corticoide	no	si	

10	Seleccionan en lesiones rojas crema con corticoide de moderada potencia (mometasona, desonida, prednicarbato)	no	si	
11	Seleccionan en lesiones con eczemas (aguadijan) compresas húmedas o baños coloidales con suero de avena	no	si	
12	Selecciona en lesiones secas, duras y gruesas (liquenificadas) ungüento con clobetasol	no	si	
13	Seleccionan en lesiones por impétigo cremas antibioticas	no	si	
14	Selecciona en abscesos crema antibiótica	no	si	
15	Colocan crema humectante en toda la piel de la muñeca excepto en los eczemas (aguadijan)	no	si	
16	si no sabe que hacer no hace nada	no	si	
17	Usa alcohol, merthiolate, mentol en lesiones de atopia	si	no	
18	Coloca talco y/o limón en lesiones de atopia	si	no	
19	Aplica cremas combinadas en lesiones de atopia	si	no	
20	Aplica cremas antifungicas en lesiones de atopia	si	no	

TOTAL	NOTA
19-20	excelente
18 - 17 -16	muy bueno
15- 14- 13	bueno
12-11	regular
<10	malo